

ANNEE 1970

THESE

N^o

252

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Ridha MZABI

Né le 14 mai 1938 à Sousse (TUNISIE)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES HYDATIQUES DU
FOIE OUVERTS DANS LES BRONCHES
(à propos de 18 cas)**

Président : M. J. P. BINET, Professeur

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Ridha MZABI

Né le 14 mai 1938 à Sousse (TUNISIE)

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DES KYSTES HYDATIQUES DU
FOIE OUVERTS DANS LES BRONCHES
(à propos de 18 cas)**

Président : M. J. P. BINET, Professeur



A mes parents

A ma femme

A mes oncles

A mes frères et soeurs

A tous mes amis

A Monsieur le Professeur Jean-Paul BINET

Membre de l'Académie de Chirurgie

Chirurgien des hôpitaux

qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici l'expression de notre pro-
fonde gratitude.

A Monsieur le Docteur Z. ESSAFI

Professeur Agrégé

Chef de service de Chirurgie de l'hôpital Charles-Nicolle -
TUNIS -

Il nous a montré suffisamment de confiance
en nous proposant le sujet de cette thèse.

Ses conseils nous furent précieux durant la
préparation et la rédaction de ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre
respectueuse admiration et de notre profonde
reconnaissance pour la richesse et la préci-
sion de son enseignement.

A Monsieur le Docteur E. ESSAFI

Professeur Agrégé

Chef de service de Chirurgie de l'Hôpital Charles-Nicolas -
TUNIS

Il nous a montré suffisamment de confiance
en nous pour nous proposer le sujet de notre thèse.

Ses conseils nous furent précieux durant la
préparation et la rédaction de ce travail.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre
respectueuse admiration et de notre profonde
reconnaissance pour sa bienveillance et son dévouement.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

A Monsieur le Docteur S. MESTIRI

Chef de service de chirurgie de l'hôpital Ernest Conseil
Professeur Agrégé - TUNIS

qui nous a guidé durant notre première année
d'internat.

Qu'il soit assuré de nos vifs remerciements et
de notre respectueuse gratitude.

INTRODUCTION

L'ouverture dans les bronches représente une complication relativement rare mais grave des kystes hydatiques du foie. C'est ainsi que dans les différentes statistiques publiées, les pourcentages varient entre 1,8 à 5 %.

Dans notre service, sur 355 kystes hydatiques du foie opérés de 1958 à 1969, nous en relevons 16 se compliquant d'une fistule bilio-bronchique soit : 5,68 %.

Depuis le rapport de Dévé et Couniot au Congrès d'Oran en 1935, rapport qui décrit magistralement les lésions anatomiques et la symptomatologie clinique, différents travaux ont été consacrés récemment à leur étude thérapeutique ; cette dernière reste cependant très controversée. A la lumière de l'expérience de notre service, nous pensons qu'il est possible de schématiser l'attitude thérapeutique qui est fonction pour nous essentiellement :

- de l'état du malade, donc d'un diagnostic précoce, relativement facile, à condition d'y penser,

- de l'état des voies biliaires intra et extra-hépatiques souvent fortement modifiées, comprimées par d'autres kystes que celui ouvert dans les bronches, obstruées par des débris hydatiques.

Nous étudierons donc successivement, citant à l'appui nos propres observations.

- (1) L'aspect anatomo-physio-pathologique du kyste hydatique ouvert dans les bronches
- (2) L'étape diagnostique : en insistant sur l'importance du diagnostic précoce
- (3) L'étude de nos différentes observations avec les indications thérapeutiques
- (4) L'étude de nos résultats et la conclusion que l'on peut en tirer.

I - ASPECT ANATOMO-PHYSIO-PATHOLOGIQUE DU KYSTE HYDATIQUE

DU FOIE OUVERT DANS LES BRONCHES

Nous étudierons dans ce chapitre, et à la lumière de nos différentes observations, les lésions hépatiques et biliaires, les lésions associées et de voisinage, et pour terminer par les conclusions qui découlent de cette étude et leurs répercussions, tant sur le plan clinique et diagnostique que sur le plan thérapeutique.

A - LE KYSTE HEPATIQUE

1°) Son siège

Tous nos kystes hépatiques originels siégeaient au niveau de la convexité du foie droit. Devé dont la statistique portait sur 279 observations n'en trouve que 96 % occupant un tel siège, les autres étant développés aux dépens du foie gauche.

Dès à présent, insistons sur le fait que "les kystes postéro-supérieurs droits sont précisément parmi ceux qui s'évacuent le plus volontiers dans les voies biliaires. Aussi ne sera-t-on pas surpris de voir, dans une proportion importante de cas, le kyste s'ouvrir successivement dans l'une et l'autre direction". (Dévé).

Mais le kyste hépatique peut aussi s'étendre à la face postérieure de la glande, au contact de la veine cave inférieure, des veines sus-hépatiques (un cas).

2°) - Sa taille :

Les kystes rencontrés sont de tailles très différentes, allant de la grosseur "d'une noix", "d'un verre de montre", "d'un oeuf de poule", "d'une orange", à celle "d'un poing", "d'une tête foetale", voire même le kyste qui détruit la presque totalité du foie droit. (Obs. N° 6).

Sur les 18 cas, 11 kystes allaient de la taille "d'une noix" à celle "d'un poing", 6 avaient celle d'une "tête de fœtus" et au-delà et dans un cas, l'opérateur n'a pas précisé la taille.

Ainsi, la majorité des kystes (61 %) était donc de petite taille.

Leur adventrice est souvent épaisse ; plus ou moins calcifiée.

3°) - Contenu du kyste :

Dans la majorité des cas, le kyste est multivésiculaire (11 cas, soit 61 %).

Dans les autres cas, soit que ce détail n'ait pas été mentionné, soit que l'on se soit trouvé en présence d'une cavité complètement déshabillée (2 cas), ou contenant une véritable "gelée verdâtre" qui ne permettait pas de préciser s'il y avait une membrane unique ou plusieurs hydatides flétries. Ces kystes sont plus ou moins septiques et parfois franchement suppurés (Obs. N° 17). Enfin, le contenu de la poche est très fréquemment bilieux.

4°) - Nombre :

Insistons sur la multiplicité fréquente des kystes hydatiques au cours du syndrome d'ouverture dans les bronches. Dans tous les cas, un seul des kystes communiquait avec les voies aériennes.

Nous avons relevé 8 cas, soit 44,4 %, où il s'agissait de kystes multiples au nombre de 2, trois au maximum, sauf dans l'observation N° 5, assez particulière, où il s'agissait d'une véritable hydatose péritonéale et hépatique.

Dans 10 cas, le kyste était vraisemblablement unique, encore que manque le contrôle abdominal, dans trois cas. Dans un de ces cas cependant, la gammagraphie hépatique post-opératoire montrait un foie sain.

Dans certains cas, les kystes multiples sont distaux et n'exercent aucun retentissement important sur les voies biliaires intra et extra-hépatiques. Il en était ainsi dans l'observation N° 13, où l'on a pu entreprendre sans dommage la cure secondaire, par voie abdominale de kystes hydatiques du foie reconnus et non traités lors de la première intervention par voie thoracique.

Il n'en est malheureusement pas ainsi lorsque d'autres kystes hydatiques centraux méconnus communiquent largement avec les voies biliaires ou viennent simplement les comprimer, s'opposant ainsi au drainage du kyste ouvert dans les bronches (Obs. N° 1).

Ceci nous amène à parler des

B - LESIONS DE L'ARBRE BILIAIRE :

La bile, qui imprègne et colore plus ou moins fortement les éléments parasitaires du kyste, ainsi que ses parois, provient, soit d'une simple érosion des fins canalicules biliaires, soit d'une ulcération ancienne, et en quelque sorte primitive, d'un canal biliaire d'assez gros calibre, par le kyste non encore compliqué. Cet "abouchement kysto-biliaire préalable" (Dévé) dans une région plus ou moins proche du hile hépatique, permettra des éliminations fractionnées de débris hydatiques dans l'hépto-cholédoque, allant jusqu'à le boucher par une véritable bouillie.

Dans deux de nos cas, le cholédoque était obstrué par des débris hydatiques.

La coexistence de cette fistule kysto-cholédocienne avec la fistule kysto-bronchique, comme nous le verrons ultérieurement, pose des problèmes, les plus délicats de la pathologie hépto-pulmonaire. Ainsi, la liberté de l'ODDI, le libre passage de la bile au niveau du sphincter, sont absolument nécessaires à la "détente biliaire dans le kyste", et la suppression de cette hypertension intra-kystique qui favorise et entretient la communication pathologique kysto-bronchique, hypertension qui elle-même est favorisée par l'existence dans le parenchyme hépatique, d'autres kystes que celui ouvert dans les bronches, et comprimant le cholédoque, comme nous l'avons vu plus haut.

L'élimination hydatique biliaire a souvent une répercussion clinique (coliques hépatiques, subictère, voire ictère) et précède de plusieurs mois l'établissement de la fistule bilio-bronchique) (quatre mois dans l'observation N° 12, où dans cet intervalle elle s'est manifestée par trois épisodes ictériques successifs).

C - LES LÉSIONS DIAPHRAGMATIQUES

Le kyste hydatique supérieur ou postérieur, plus ou moins enchâssé dans le foie, va donc émerger dans la cavité thoracique et, dans un premier temps, adhérer à la coupole diaphragmatique, puis il va la distendre, l'étirer et altérer toutes les structures anatomiques qui s'opposent à son expansion ! fibrose d'abord, puis lyse et disparition des fibres musculaires (IVANISSEVITCH et RIVAS). A ce moment, le kyste fait corps avec le muscle (SANTY et LATARJET) et la vésicule mère du kyste sous-diaphragmatique se trouve en contact direct avec le parenchyme pulmonaire tassé, feutré, atélectasié, à peine nécrosé en surface, sans la moindre réaction inflammatoire. Ceci est un premier mode d'attaque du diaphragme par le kyste. Mais il existe un second facteur pathogène : l'infection kystique avec les réactions inflammatoires qu'elle entraîne dans l'atmosphère péri-kystique.

Au niveau du péritoine péri-hépatique, une symphyse de feuillets séreux soudera le kyste au péritoine phrénique et au diaphragme. La symphyse ne sera d'ailleurs pas toujours régulière ni totale ; et c'est ainsi que pourra se produire une collection échinococcique inter-hépto-phrénique. On assistera alors bientôt à l'incorporation du diaphragme dans la corticalité du kyste. D'ores et déjà, on peut dire que la cloison du diaphragme, distendue, amincie et infiltrée, est aux trois quarts perforée (Dévé).

"A côté de ce processus inflammatoire intéressant, la zone péri-kystique, un troisième processus est capable d'ouvrir, plus ou moins brusquement une ou plusieurs brèches dans la capsule fibreuse du kyste : c'est la nécrose et le clivage de l'adventice. Les crevasses infectées qui en résultent préparant la percée du processus suppuratif endokystique, la perforation ainsi amorcée ne tardera pas à se parachever". (Dévé).

De forme ordinairement assez régulière, ronde ou ovale, taillée à l'emporte-pièce, la perforation du diaphragme présente un calibre qui va, en moyenne, de celui d'une "plume d'oie", d'un "crayon", d'un "doigt", à celui d'une "large paume de main" - Cependant, il nous est arrivé de relever deux observations où l'opérateur n'a pas pu mettre en évidence la perforation diaphragmatique, bien qu'il existât une biliptysie manifeste.

Ces perforations sont, dans la totalité des cas, uniques et, à part une observation (N° 5) où la perte de substance diaphragmatique était énorme, leur réparation après excision du tissu pathologique n'a pas posé de problème.

Le diaphragme perforé, deux éventualités se présenteront : ou bien la plèvre basilaire sera symphysée, et le processus suppuratif se poursuivra directement dans le poumon ; ou bien la séreuse sera restée libre, et le contenu kystique fera irruption dans la cavité pleurale.

D - DEGATS PULMONAIRES ET BRONCHIQUES

1°) - Lésions pulmonaires initiales.

Divers facteurs interviennent dans le développement et la progression des lésions suppuratives à l'intérieur du poumon. D'abord un facteur mécanique : L'aspiration thoracique combinée avec la tension de la collection kystique transmise à la fusée purulente ayant traversé le diaphragme, ensuite un facteur "inflammatoire" ; les réactions congestives, lymphangitiques et broncho-alvéolaire de voisinage, lymphangites aboutissant à de volumineuses adénites-hilaires.

A côté de ces lésions inflammatoires se développent presque constamment des lésions nécrotiques circonscrites ou étendues liées aux infections, d'origine bronchique ou biliaire.

Ces lésions parenchymateuses et bronchiques sont, à ce stade parfaitement réversibles, si, par chance, on peut intervenir précocement sur le kyste hépatique qui les a déterminées, ce qui n'est malheureusement pas toujours le cas. Sinon, l'évolution va se poursuivre et la caverne hydatique se constituer.

2°) - La caverne hydatique hépto-pulmonaire :

Bien que peu, ou pas souvent, décrite par les opérateurs, d'après Duvé, cette caverne constitue "la règle" ;

Elle est de taille variable : "d'une noix" à "deux poings", la plupart du temps unique.

Son siège est variable.

Dans nos observations nous relevons que les dégâts pulmonaires siégeaient au niveau du :

- Lobe inférieur dans 13 cas soit : 72,2 %
- Lobe moyen dans 2 cas soit : 11 %
- Lobes moyens et inférieurs dans 2 cas : 11 %

Dans un cas, l'opérateur qualifie les dégâts pulmonaires "énormes" sans en préciser le siège exact, l'intervention ayant été menée par voie abdominale. Le contenu de ces cavernes est soit purulent, soit fait d'hydatides presque toujours affaissées, teintées ou non par la bile. On peut aussi y trouver des lambeaux de membrane mère, ou seulement un liquide bilieux.

La caverne hydatique hépto-pulmonaire se montre toujours anfractueuse. Elle présente des récessus et des saillies, celles-ci étant parfois soulevées par des axes broncho-artériels, plus ou moins dénudés (ce qui, par avance, expliquera : et la multiplicité habituelle des fistules bronchiques et la fréquence relative des hémoptysies). Quant au parenchyme environnant, il est atteint de lésions de broncho-pneumonie, d'hépatisation bâtarde évoluant ou non vers la nécrose. La sclérose inflammatoire se propage de proche en proche pour aboutir à l'atelectasie de tout un lobe et à la formation d'un bloc pulmonaire rigide, scléreux, rétracté et adhérent de tout côté.

C'est à ce stade que les lésions bronchiques vont atteindre leur point culminant.

3°) - Lésions bronchiques

Nous arrivons à l'étape terminale du processus, à celle qui permet son extériorisation sous forme d'une vomique hydatique. Toutefois, la vomique ou l'expectoration hydatiques hépto-pulmonaires ne sont pas absolument obligatoires.

Presque toujours, la collection pulmonaire s'ouvre assez précocement dans une ou plusieurs bronches de calibre variable. En effet, les bronches, mêmes grosses sont rapidement altérées, puis ulcérées, au voisinage de l'abcès pulmonaire hydatique. Si elles suffisent pour livrer passage au pus (expectorations ou vomiques purulentes), les fistules bronchiques sont longtemps incapables de laisser passer des hydatides moyennes, même affaissées et gélatiniformes :

Mais elles laissent facilement passer la bile, qui est un matériau qui diffuse d'une façon étonnante, et pour peu que le kyste du foie ait ulcéré un gros canal biliaire, les bronches se mettent à donner une quantité considérable de bile, sans que pour autant le malade ait auparavant rejeté des hydatides ou des débris de membranes.

C'est "la fistule bilio-bronchique" : qui se traduit cliniquement par une cholerragie abondante allant jusqu'à 21 par jour et que nous avons rencontrée chez au moins trois malades, en quantité très abondante, et chez 4 autres, en quantité moindre. Disons dès à présent que c'est une complication redoutable, car dès qu'elle s'établit elle peut être difficile à supprimer, même après une intervention apparemment satisfaisante (Obs. N° 15).

A plus forte raison, elle ne peut avoir de tendance spontanée à la fermeture et à la guérison car, par suite de la pression négative de l'abdomen, et surtout l'aspiration thoracique permanente créée par les mouvements inspiratoires, favorisée par les quintes de toux répétées et parfois subintrantes, dues à l'expectoration bilieuse, il devient tout naturel pour le flux biliaire de se déverser dans le système bronchique.

E - LESIONS SECONDAIRES, LESIONS ASSOCIEES ; LESIONS DE VOISINAGE.

Tout ce processus morbide, et on le conçoit bien, ne peut s'effectuer sans que le "voisinage" y participe plus ou moins.

1°) - Au niveau du foie

Rappelons que le foie renferme souvent plusieurs kystes hydatiques primitifs : deux, trois, voire une multitude (Obs. N° 6), kystes voisins ou éloignés les uns des autres.

A côté de la lésion hépatique primordiale représentée par le kyste originel envahi par la bile, suppuré, il y a lieu de signaler : d'une part, les altérations plus ou moins graves du parenchyme hépatique allant jusqu'à la cirrhose (Obs. N° 6), d'autre part, l'existence éventuelle de lésions d'angiocholite, en relation avec une élimination hydatique biliaire, vérifiée ou méconnue. Enfin, signalons la coexistence possible de calculs biliaires (2 observations).

2°) - Péritoine péri-hépatique

Nous ne ferons que mentionner l'abcès sous phrénique hydatique communiquant d'ordinaire avec le kyste hépatique, renfermant le même contenu vésiculaire et bilieux que lui, et servant, ou non d'intermédiaire entre la poche originelle et la perforation diaphragmatique (Dévé). En rapprocher l'observation N° 5 et l'observation N° 3. Des faits du même ordre ont été signalés par Dévé.

3°) - Plèvre

Insistons ici sur la fréquente intégrité de la plèvre générale contrastant avec la symphyse basilaire, et cela en dépit du voisinage de graves lésions pulmonaires subaigues. Mais cette intégrité n'est pas constante. Cette liberté presque paradoxale de la plèvre, explique, par ailleurs, la production éventuelle d'épanchements pleuraux de voisinage : séreux ou séro-fibrineux.

D'autre part, l'absence de symphyse pleurale pariétale permet de comprendre un fait pathologique beaucoup plus important : la possibilité d'une rupture de la caverne pulmonaire dans la séreuse libre avec production d'un pyo-pneumothorax, d'un cholé-pyopneumothorax hydatique secondaire, d'origine hépato-pulmonaire (Obs. N° 12).

On se trouve alors en présence d'une cholérragie intra-pleurale indirecte, passant du foie à la caverne pulmonaire, et de là, à la cavité pleurale libre. A l'opposé de la rupture du kyste originel dans la plèvre, et de là dans le poumon (Obs. N° 4).

4°) - Le poumon

Très fréquentes, sont les lésions de congestion pulmonaire, de bronchopneumonie, d'hépatisation bâtarde, de nécrose pulmonaire, autour de la caverne, ou de la fistule biliaire.

Insistons sur les lésions bronchitiques suppuratives, mutilantes et étasiantes qui pourront porter non seulement sur la ou les bronches afférentes dites "de drainage", mais aussi sur les bronches collatérales. Ces altérations laisseront à leur suite de graves délabrements encore aggravés par la sclérose cicatricielle, sous forme de dilatations des bronches secondaires.

CONCLUSION

L'idéal serait de traiter les kystes hydatiques du dôme du foie avant qu'ils n'aient attiré l'attention par leurs complications bronchiques. En effet une fois la fistule bilio-bronchique établie, cette dernière, comme nous l'avons vu plus haut, n'aura aucune tendance spontanée à la fermeture surtout s'il existe des débris de membrane ou de pus obstruant le cholédoque, ou encore d'autres kystes intra-hépatiques comprimant les voies biliaires. Peut être même l'oddi joue-t-elle un rôle plus que simplement inflammatoire (Obs. N° 1) ; nous nous reprochons rétrospectivement de n'avoir pas sectionné l'oddi dans l'observation N° 15 aux suites malheureuses. C'est au traitement de ramener la bile à son cours normal, non en déconnectant simplement la fistule mais surtout en renversant le courant biliaire qui allait vers les bronches, et en rétablissant l'équilibre des pressions.

Pour ce faire, il est fondamental de vérifier la vacuité des voies biliaires et la liberté de l'oddi et de s'assurer qu'il n'y a aucun élément intra-hépatique qui s'oppose à l'écoulement normal de la bile vers le duodénum.

Il apparaît d'ores et déjà primordial d'insister sur la nécessité d'un temps abdominal, lors de l'intervention initiale, s'il le faut, un peu plus tard, dans un 2e temps, pour vérifier l'état des voies biliaires et celui du foie, et éventuellement intervenir sur eux, afin d'éviter des complications contre lesquelles, même à ce prix, on n'est pas à l'abri (Obs. N° 15).

II - DIAGNOSTIC DU KYTE HYDATIQUE DU FOIE OUVERT DANS LES BRONCHES

A - SYMPTOMATOLOGIE

La symptomatologie du kyste hydatique du foie en voie de rupture dans les bronches a été remarquablement étudiée, analysée et exposée par Dévé, à l'étude duquel on ne trouve pour ainsi dire rien à ajouter. C'est pourquoi, nous nous permettons dans cette thèse de faire un large emprunt à ses travaux, tout en les rapportant à nos cas personnels.

- La fistulisation pulmonaire des kystes hydatiques du foie s'extériorise presque toujours par une vomique.

- A partir de cet accident, on peut dire que la symptomatologie est complètement constituée et entrée dans la phase d'état.

Mais ce signe cardinal est, d'après Dévé, presque toujours précédé de deux phases : Une première à échéance plus ou moins prolongée : phase prodromique ou mieux préparatoire, qui répond à l'étape hépato-phrénique du processus, et une seconde, proprement prémonitoire, répondant à l'étape sus-phrénique et pulmonaire, bref, à l'étape thoracique du processus, phase généralement courte.

1° - Période préparatoire (Stade Hépato-phrénique).

Cette période répond, en premier lieu, à la suppuration plus ou moins sourde de la poche hépatique originelle et aux réactions que cette suppuration kystique entraîne dans la région sous-phrénique : péricystite génératrice d'adhérences hépato-phréniques et de lésions inflammatoires du diaphragme.

Elle répond, par ailleurs, dans un assez grand nombre de cas, à la migration cholédoco-vatérienne (plus ou moins répétée) de débris vésiculaires éliminés par le kyste en déhiscence biliaire, ainsi qu'aux réactions angiocholitiques qui en sont les conséquences.

Elle répond enfin au travail de perforation du diaphragme et aux réactions pleurales de voisinage.

L'interrogatoire des malades permet de retrouver une série de troubles avant-coureurs, tant fonctionnels que généraux, des troubles digestifs (anorexie, nausées, diarrhées) ; des signes plus spécialement hépatiques (pesanteur, douleur sourde dans l'hypochondre droit, surtout subictère et ictère franc avec décoloration des fèces, ce dernier symptôme étant ordinairement accompagné d'accès douloureux rappelant de très près la colique hépatique lithiasique et presque toujours diagnostiqués pour tels (Obs. N° 10) ; des symptômes diaphragmatiques (névralgie phrénique) ; des troubles pré-curseurs d'ordre pleuro-pulmonaire (petite toux sèche, expectoration muqueuse, parfois teintée de sang, dyspnée) enfin des troubles généraux (fièvre avec ou sans frissons, anémie, etc...).

Deux symptômes se détachent sur le fond de cette symptomatologie fonctionnelle prodromique : la douleur et l'ictère.

a) La douleur

C'est l'élément dont se plaignent avant tout, les malades. Celui qui les arrête. Cette douleur affecte des caractères variés. Dans certains cas, ce sera une douleur hépatalgique diffuse, due à l'augmentation rapide du volume du kyste suppuré, parfois à sa distension par des gaz. D'autres fois, ce sera des coliques hépatiques vraies (accompagnées d'irradiations douloureuses épigastriques ou scapulaires, d'ictère, de fièvre, frissons etc...)

Dans au moins quatre de nos observations, on relève des crises de coliques hépatiques typiques, (soit 22 % de nos cas). Enfin ce pourront être des douleurs pleurétiques accompagnées de toux, dyspnée, de fébricules

+

irrégulières, éventuellement de crachats hémoptoïques (5 cas = 28,2 %) . Elles ont, plus d'une fois, fait prendre de tels malades pour des tuberculeux, et quatre dans nos observations ont été traités comme tels, avant que l'on rectifie le diagnostic.

b) L'ictère

Quant à l'ictère, sur nos 18 cas, on le relève dans trois observations, soit 16,6 %, et pour l'une d'entre elles, sous forme d'accès à répétition. La statistique donnée par Dévé est bien plus importante puisque sur 200 cas, l'ictère est noté sur 71 observations et pour 33 d'entre elles, sous forme d'accès à répétition : soit, au total, dans environ 35 % des cas.

A cette phase prodromique, les signes physiques consisteront en une augmentation de volume du foie, pas toujours manifeste, puisque habituellement volontiers thoracique. (Dans 61 % de nos observations, la présence du kyste du foie avait été méconnue avant la vomique).

Ils consisteront encore :

En une ampliation et une déformation thoracique droite, plus ou moins discrète, avec immobilité relative des côtes inférieures et surtout avec ascension de la matité hépatique dans le thorax, en avant et surtout en arrière.

Déjà l'auscultation pourra révéler des frottements à la base droite quelques râles sous crépitants, ou plus rarement, les signes d'un discret épanchement pleural. Effectué dès cette époque, un examen radiographique montrerait une élévation manifeste de l'ombre hépatique, une voussure de la coupole droite et une immobilisation relative de l'hémidiaphragme correspondant.

Cette phase "préparatoire" peut durer d'une quinzaine de jours à un, deux mois et d'avantage. Répétons qu'elle peut rester presque muette, tout le processus inflammatoire subaigu s'effectuant le plus souvent à bas-bruit, dans cette "région silencieuse" du foie. Et ce seront les troubles de la phase suivante qui retiendront l'attention.

2°) - Phase prémonitoire de la vomique (Phase thoracique)

Trois symptômes fonctionnels appartiendront plus spécialement à ce stade : la douleur thoracique, la toux pénible, quinteuse, accompagnée de dyspnée, et l'hémoptysie ou tout au moins l'expectoration hémoptoïque.

Nous leur ajouterons l'éventuelle fétidité prémonitoire de l'haleine.

a) La douleur

Dans la règle, la douleur offre ici des caractères assez différents de ceux que nous décrivions au chapitre précédent. C'est une douleur à siège surtout thoracique, un violent point de côté ou une douleur profonde précédant la vomique de quelques jours, ou de quelques heures.

Dévé pense que cette douleur est une douleur bronchique. Elle est liée à la brusque perforation de la paroi bronchique : peut-être aussi à l'irritation voire à la dilacération du riche plexus nerveux péri-bronchique de la zone para-hiliaire, par la collection purulente, prête à faire irruption dans une bronche sub-lobaire.

Dans certains cas, la douleur violente traduira, l'éclosion d'un pneumothorax hépato-pulmonaire ayant précédé la déhiscence bronchique (Obs. N° 12). Enfin, ici encore, il pourra parfois s'agir d'une ultime colique biliaire hydatique, colique biliaire ayant précédé de peu l'irruption bronchique et ayant pu contribuer à l'activer grâce à l'hypertension de la collection hépato-pulmonaire provoquée par la rétention biliaire épisodique.

b) La toux

La toux qui, jusque là, était sèche, prend un caractère quinteux. Elle s'accompagne d'une petite expectoration mucopurulente, puis purulente, ou franchement purulente (7 cas sur 18 observations), mais avec une relative fréquence, l'expectoration se teinte de sang, et parfois on assiste à une véritable hémoptysie (5 cas). Dans une de nos observations (Obs. N° 14) cette hémoptysie était tellement inquiétante qu'elle a nécessité des transfusions.

Pour compléter ce tableau, ajoutons quelques mots concernant l'apparition parfois notée, d'une odeur particulière de l'haleine précédant de peu l'éclosion de la vomique, et que l'on qualifiera de fétide.

Quant aux signes physiques observés à cette phase de "pré-vomique", ils traduisent l'existence de phénomènes congestifs pleuro-pulmonaires de l'hépatisation bâtarde de la base droite : matité, obscurité respiratoire ou respiration soufflante accompagnée de râles sous-crépitaux et crépitaux, avec association de frottements pleuraux.

Les signes stéthoscopiques précédents pourront être voilés ou même complètement masqués par un épanchement pleural.

Précurseurs et annonciateurs de la vomique, ces différents troubles et symptômes méritent d'être bien connus. Ils éveilleront les soupçons et engageront une série d'investigations radiologiques, afin de prévenir à temps si possible, par une intervention hâtive, l'ouverture bronchique, menaçante, de la collection hépto-bronchique.

Le diagnostic n'a pas été fait en pré-opératoire, à ce stade dans 2 de nos observations, alors qu'il aurait pu l'être dans une au moins (Obs. N° 3 - N° 11), dans l'observation N° 13, malgré cette symptomatologie discrète, le diagnostic a pu être fait en pré-opératoire.

3°) - Vomique hydatique hépto-pulmonaire

a) - Vomique typique :

Sous l'appellation de vomique hydatique "typique", Dévé désigne celle qui, d'emblée, ou du moins rapidement, dévoile sa nature, en montrant des éléments échino-cocciques caractéristiques aussitôt reconnaissables au seul examen macroscopique de l'expectoration, ou extemporanément identifiables par un examen microscopique.

Deux variétés peuvent se rencontrer, dont l'une est exceptionnelle, l'hydato-ptysie, et dont l'autre est habituelle, la vomique hépto-bronchique vésiculaire.

1°) - L'hydatoptysie hépto-pulmonaire,

forme exceptionnelle où le malade rejette du liquide "eau de Roche" par rupture d'un kyste univésiculaire. Nous ne l'avons noté dans aucune de nos observations.

2°) - Vomique purulente, vésiculaire

Dans la grande majorité des cas, les accidents éclatent de la manière suivante : avec ou sans douleur thoracique initiale ; le malade est pris soudainement d'une toux spasmodique violente, irréversible, se met à cracher, par

"larges gorgées", au milieu d'un accès d'oppression et même de suffocation parfois dramatique, un liquide purulent fétide, le plus ordinairement teinté de bile, jaune orange ou verdâtre, laissant dans la bouche une amertume qu'accusent d'emblée les malades.

L'abondance du liquide purulent rejeté en peu d'instant, varie de quelques millilitres à 1/4 de litre, 1/2 litre, voire 1 litre.

La vomique peut renfermer, d'emblée, des hydatides, affaissées, gélatiniformes, tantôt blanchâtres, tantôt, et c'est la règle, teintées de bile.

Dès à présent, insistons sur le fait qu'une vomique de vésicules filles est très fortement suspecte d'une provenance hépatique, car les kystes hydatiques du poumon sont quasiment toujours univésiculaires.

Cet élément peut être précieux pour pouvoir orienter un diagnostic hésitant entre kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches, et kyste de la base pulmonaire.

Dans bon nombre de cas, le malade commence à cracher du pus, grisâtre, bilieux ou hémorragique, et c'est seulement secondairement, souvent après quelques jours, qu'il rejette, mêlées au pus, des hydatides ou des débris de membranes.

b) Formes dissociées et atypiques de la vomique

1°) - Vomique purulente, hémoptoïque : Absence de débris hydatiques et de bile.

Dans plusieurs de nos observations, le début s'est montré beaucoup plus atténué. Il ne s'est pas fait par vomique. Il consiste alors, en une expectoration purulente, apparue assez rapidement et devenant chaque jour plus abondante et dont le caractère fétide gêne le malade. Cette expectoration purulente se poursuit durant plusieurs semaines sans renfermer ni éléments hydatiques, ni bile. Dans 10 de nos observations, soit 55,5 % de nos cas, aucun débris hydatique n'a été signalé, encore que ces débris en question n'aient pas été recherchés au microscope. Fréquemment ces expectorations sont mélangées de sang.

2°) - Vomique bilieuse ou "choléptysie hydatique" sans présence de débris vésiculaires :

En l'absence de tout élément parasitaire, du moins macroscopiquement reconnaissable, c'est la présence de bile dans l'expectoration qui constituera ici le symptôme frappant ; on est en présence d'une choleptysie par fistule bronchique. Ordinairement le caractère franchement bilieux du pus apparaît d'emblée. Et il persiste par la suite. Parfois avec des fluctuations ; car la choleptysie peut-être intermittente. La teinte pourra être et rester discrète à peine safranée. Souvent, au contraire, on aura rapidement affaire à une expectoration de bile à peu près pure, et l'on verra s'installer, dès lors, une véritable cholérragie bronchique dominant toute la symptomatologie (Obs. N° 1 - 4 - 5 - 6 - 10 - 12 - 15). Ces expectorations bilieuses se font au cours de quintes de toux interdisant tout sommeil, et imposant la position assise permanente. Elles s'accompagnent de fièvre à grandes oscillations, mais, fait caractéristique : l'état général décline de jour en jour pour aboutir à une véritable cachéxie (3 cas). Le malade expectore alors 1 litre à 2 litres par jour.

Il est intéressant de signaler l'extrême gravité de cette fistule, car parmi nos décès tous avaient une cholérragie importante. On a l'impression qu'arrivée à ce stade, la maladie acquiert un génie maléfique, qu'aucun traitement chirurgical aussi complet soit-il n'arrive parfois pas à exorciser : Obs. N° 15.

4°) - Cholé-pyopneumothorax hépto-pulmonaire

C'est une forme complexe du kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches et que nous avons relevé dans une observation (N° 12), alors que Dévé cite 18 cas.

Le mode d'apparition du pneumothorax, d'après cet auteur, est variable. Lorsque surviennent les accidents révélateurs de cette complication, le malade dans la majorité des cas a déjà présenté une vomique hépto-pulmonaire : soit typique, soit dissociée. Dans d'autres cas, et c'est celui de notre observation, aucune vomique véritable n'a encore eu lieu. Le malade

présente alors des vomiques plus ou moins bilieuses, fétides durant quelques jours, puis subitement il est pris d'une douleur dans le côté droit de la poitrine si aigue qu'elle inhibe la respiration, arrachant des cris au malade. Parfois (observation N° 12) l'entrée en scène de ce pneumothorax se fait d'une manière plus discrète, et l'explication serait que le pneumothorax est souvent partiel bridé par des adhérences antérieures.

Pratiquée dans ce cas, la ponction exploratrice ou évacuatrice donnant issue à un pus fétide et même putride, plus ou moins mélangée de bile, avec des éléments hydatiques facilement reconnaissables à l'oeil nu, ou à l'examen microscopique.

Il semble superflu de nous étendre sur les symptômes généraux observés en semblables circonstance :

- Fièvre élevée à grandes oscillations
- Teint terreux, etc...

Ce sont ceux de tous les épanchements septiques de la plèvre. Ils indiquent très rapidement la gravité particulière de ces cas.

5°) - Cas particuliers.

Deux cas particuliers à signaler : les observations N° 4 et 5. Dans la première, il s'agit d'un kyste hydatique du foie rompu dans la plèvre, puis dans le poumon.

Dans le deuxième cas, il ne s'agit pas, à proprement parler, d'un kyste hydatique du foie rompu dans les bronches, puisque le kyste a été traité chirurgicalement trois ans auparavant. Il semble s'agir ici d'une collection sous diaphragmatique, constituée à la suite de la cure du kyste hépatique, et qui se serait évacuée à travers le diaphragme dans les bronches. Dévé signale des faits du même ordre. Nous pouvons aussi rapprocher cette observation de 4 cas de kyste hydatiques du dôme, décrits par Dévé, qui ont constitué un abcès sous-phrénique, lequel s'est rompu par la suite dans les bronches. Cette variété anatomique rare est appelée "Abcès sous phrénique hydatique intermédiaire".

B - EXAMENS RADIOLOGIQUES :

Permettent un diagnostic à un stade précoce.

I - Examen radiologique simple, face et profil

En plus des signes propres à l'affection qui nous concerne, il peut révéler des signes caractéristiques d'un kyste hydatique simple du poumon. C'est pourquoi bon nombre de patients ont été opérés avec ce diagnostic, et ce n'est qu'au cours de l'intervention que l'on a reconnu la véritable lésion.

Cet examen permet de reconnaître différentes images.

1°) - L'ascension de l'ombre hépatique dans la cage thoracique

Visualisée sur le cliché par la surélévation de l'hémidiaphragme droit, tantôt générale et régulière, tantôt partielle, donnant :

2°) - Une image de voussure du dôme phrénique

qui peut être circonscrite, donnant la classique image "en brioche" de la silhouette diaphragmatique, accompagnée d'une immobilité de la coupole. Cependant, comme les kystes hépatiques en question sont de volume très réduit, et déforment peu la coupole, on ne retrouve ces images que dans quatre observations.

3°) - Une opacité diffuse de la base droite. Voire même de toute la moitié inférieure du poumon. Cette opacité peut être assez dense pour rendre difficile la démarcation de la silhouette diaphragmatique (5 cas). Opacité uniforme, dans certains cas, circonscrite par un flou ouaté du parenchyme pulmonaire. D'autres fois, opacité partielle, ordinairement localisée dans la moitié interne, entre le dôme phrénique et le hile pulmonaire.

Cependant, dans un cas (Obs. N° 18), l'opacité partielle siégeait dans la moitié externe de la base pulmonaire.

4°) Des images hydro-aériques : Dont il est difficile de dire si elles appartiennent au foie ou au poumon (5 cas).

5°) - Au lieu d'être hydro-aérique : occasionnellement, cette image pulmonaire circonscrite apparaîtra pleine : (9 cas). Quelquefois, sa forme est à peu près régulièrement circulaire, on comprend qu'elle ait fait conclure à un kyste primitif du poumon.

6°) - Images d'atélectasie d'un lobe pulmonaire. Inférieur, ou moyen (Obs. N° 18), qui sont fréquemment d'origine hydatique (qu'il s'agisse de kyste hydatique du foie, ouvert dans les bronches, ou de kyste hydatique pulmonaire).

7°) - Les images de calcifications : Grande valeur pour le diagnostic (6 cas, mais tous n'ont pas été bien analysés en pré-opératoire). Ces images doivent attirer l'attention et méritent non seulement de déclencher des investigations complémentaires, plus poussées, car elles signent la nature hépatique du kyste (jamais les kystes hydatiques du poumon ne sont calcifiés), mais encore de reprendre l'interrogatoire du malade à la recherche d'une expectoration, plus ou moins amère, ou teintée de bile, ou mieux encore de rejet dans les crachats de vésicules filles.

II - Radiographies après pneumopéritoine :

Particulièrement utiles. L'air décollera sur une partie seulement, le foie du diaphragme, mettant ainsi en évidence la présence d'adhérences, entre le foie et le diaphragme, rendant indiscutable l'existence d'un processus sous-diaphragmatique. Cependant, si cette adhérence est très postérieure, les radiographies de face ne le mettront pas en évidence (Obs. N° 18) et elle ne sera visible que sur les radios de profil. D'où la nécessité de prendre systématiquement des radiographies de face et de profil après pneumopéritoine.

III - Radiographies des voies biliaires après préparation

Mettent en évidence dans certains cas, des voies biliaires dilatées, voire une lithiase biliaire associée : 2 cas dans nos observations.

IV - Bronchographie lipiodolée :

Elle a surtout de l'intérêt dans les formes frustes, ou lorsqu'il s'agit de préciser l'image d'atélectasie d'une bronche lobaire. Cependant, elle a

permis, dans certains cas, de mettre en évidence la communication broncho-kystique (Obs. N° 9). Dans l'observation N° 2, bien que cet examen ait été fait, la communication n'a pas été mise en évidence.

Lorsque le diagnostic est évident, elle nous paraît inutile, fatiguant le malade et retardant l'acte thérapeutique.

Son intérêt, nous le verrons au chapitre thérapeutique, est surtout de pouvoir dresser un bilan post-opératoire des lésions pulmonaires, et de poser une indication opératoire thoracique, si la déconnection a été faite exclusivement par voie abdominale, ou si l'on a cru devoir être conservateur, dans l'ignorance où l'on est des possibilités de "récupération" du parenchyme pulmonaire laissé en place.

V - Gammagraphie hépatique :

Présente un très gros intérêt dans la détection des kystes hydatiques multiples du foie. Il nous paraît dangereux toutefois de se dispenser de l'exploration de l'abdomen, sous prétexte que la gammagraphie ne met en évidence qu'un "kyste hydatique unique", car cette dernière exploration, outre ses défaillances en cas de kystes de petite taille est évidemment incapable de rendre compte de l'état des voies biliaires.

VI - Gammagraphie pulmonaire couplée à gammagraphie hépatique.

Dès que le siège du kyste devient douteux, la gammagraphie pulmonaire couplée à la gammagraphie hépatique offre un intérêt diagnostique certain. Cependant, nous n'avons jamais encore eu l'occasion de pratiquer un tel examen.

VII - Les explorations vasculaires :

- La spléno-portographie
- La cavographie
- L'artériographie sélective,

dont nous n'avons pas d'expérience, pour cette localisation, nous paraissent présenter un intérêt relatif chez les malades fatigués et ne font que retarder

l'acte thérapeutique. Elles méritent qu'on leur accorde une place de premier ordre, dans la mesure où elles permettent un diagnostic précoce des kystes hydatiques du dôme hépatique qui, de par leur taille et leur siège, sont très difficilement décelables par la clinique et par les examens complémentaires courants, avant les complications auxquelles ils donnent lieu.

CONCLUSION :

Insistons sur le fait que les kystes hépatiques de la variété ici en cause sont des kystes profonds, siégeant dans une zone masquée par les côtes et cliniquement silencieuse. Par suite, ils auront eu le temps de se compliquer de façon variée, avant d'être reconnus.

L'idéal serait de les diagnostiquer, alors qu'ils évoluent encore dans l'étage sous-diaphragmatique. Le médecin dans une terre d'endémie hydatique doit avoir toujours présent à l'esprit cette affection. Il est tout à fait légitime que, devant une douleur du flanc droit, avec une note ictérique ou sub-ictérique accompagnée de fièvre, on demande une radiographie de l'abdomen, que l'on soumettra à une analyse minutieuse, à la recherche de fines calcifications sous-diaphragmatiques et que l'on entreprenne même des investigations plus poussées, telles que : spléno-portographie, artériographie sélective, etc... s'attachant à surprendre ce kyste au début de son évolution.

Ainsi serait réalisée, avec la cure du kyste hydatique du dôme, une véritable prophylaxie de la complication pulmonaire.

Signalons, à ce propos, que le caractère apparemment anodin de ces kystes calcifiés, de petite taille, ne doit pas tromper. Ce sont ces kystes véritables "séquestres" hépatiques en voie de guérison anatomique, qu'ils connaîtraient sans doute s'ils siégeaient ailleurs, dans le parenchyme hépatique, qui se compliquent volontiers, pour les raisons précitées, d'une ouverture bronchique. On trouve alors constituée une lésion redoutable, sans mesure commune avec l'anatomie du kyste hydatique, et qui peut évoluer vers la mort, malgré une cure apparemment très satisfaisante de ce dernier, et en l'absence vérifiée de tout autre facteur anatomique (Obs. N° 15).

Il est certes difficile de surprendre le kyste, alors qu'il n'a pas encore eu de répercussions thoraciques mais, si on l'a ignoré à ce stade, on devra s'attacher à le diagnostiquer à sa "phase thoracique", et ceci sera plus aisé, si l'on y pense, devant la douleur, la toux et les expectorations caractéristiques de cette phase.

Dans tous les cas, on devra poser l'indication opératoire, avant l'installation de la redoutable "fistule bilio-bronchique".

Autrement dit, diagnostic précoce signifie :

1°) Diagnostic prophylactique

2°) Diagnostic précoce avant la redoutable constitution de la fistule bilio-bronchique. Ce qui implique un traitement rapide.

L'ouverture du kyste hydatique du foie dans les bronches représente presque pour nous une urgence chirurgicale.

oOo

III - OBSERVATIONS

Cette étude porte sur 18 observations.

- 16 ont été empruntées au service du Docteur ESSAFI.
- Une (observation N° 18) est une observation personnelle du Dr. ESSAFI.
- Une (observation N° 17) a été empruntée au bateau américain "Hope", mais la patiente a été opérée à bord par le Docteur ESSAFI.

OBSERVATION N° 1

Dheban EL A..., 20 ans, admis chez le Dr. Z..., le 1.12.58, pour kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches.

Octobre 1958 : Début par

- Douleurs thoraciques droites basses
- sensation de gêne respiratoire
- fièvre.

Progressivement, les douleurs gagnent tout l'hémithorax droit, et deviennent très intenses.

27.11.58

Le malade est hospitalisé à l'Hôpital du K... et c'est là qu'il commence brusquement à expectorer. Expectoration abondante en forme de vomique (1 litre environ par jour, dès le premier jour). Liquide franchement jaune, de goût amer, exagéré par le décubitus, et soulageant le malade.

Le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches ne fait pas de doute cliniquement, il est confirmé par les différents examens radiologiques.

31.10.58 : La radio montre une opacité à la base droite.

13.11.58 et 28.11.58 : opacité excavée de la base droite.

A l'examen :

- Malade en très bon état général
- Expectoration de bile persistante et abondante
- Le foie est de volume normal.

13.12.58 : Intervention

Pour éviter tout risque d'inondation bronchique, bronchoaspiration sur table d'opération, et intervention en position ventrale. Cette dernière position, inhabituelle, gêne immédiatement l'exploration qui découvre, après ouverture diaphragmatique, un orifice de communication de 3 à 4 cm de diamètre. Il est difficile cependant d'affirmer l'origine du kyste hydatique, la membrane colorée de bile se trouvant essentiellement dans la poche thoracique intrapulmonaire.

Il se pourrait très bien qu'il s'agisse d'un kyste hydatique du diaphragme rompu à la fois dans les bronches et les voies biliaires.

Dissection des orifices diaphragmatiques, ce qui détermine une petite plaie latérale de la veine cave inférieure, que l'on suture à la soie vasculaire. Fermeture de la brèche diaphragmatique aux points séparés de nylon.

A ce moment, toute exérèse en position ventrale semblant difficile, en raison du caractère inhabituel de cette intervention, le malade est placé en position latérale.

Labectomie inférieure droite facile. Fermeture sur drainage intercostal.

Les suites immédiates paraissent favorables. Reexpansion pulmonaire de bonne qualité ; mais le drain thoracique ramène une quantité importante de bile ; oscillant entre 300 ml et 900 ml.

11e jour post-opératoire :

Ablation du drain thoracique dans l'espoir d'une suppression de la fistule biliaire externe. En fait la situation s'aggrave.

Epanchement biliohémorragique fistulisé à travers l'orifice du drain et bientôt l'incision de thoracotomie. Le malade a même quelques crachats bilieux qui semblent devoir être rattachés à une véritable vomique de nécessité.

15e jour post-opératoire :

Tentative infructueuse de ponction, d'épanchement thoracique. Bientôt la situation devient dramatique, apparemment sans issu.

1°) - Une thoracotomie large pour drainage thoracique semble devoir entretenir une fistule biliaire externe interminable.

2°) - L'abstention ne semble guère plus licite, car les risques de suppuration thoracique sont plus importants, aggravés par les risques de fistulisation bronchique.

3°) - L'état général du malade s'aggrave de jour en jour du fait de l'énorme déperdition biliaire. Une dernière solution s'offre alors : La Sphinctéroplastie. On sait en effet que, dans un travail tout récent, GOINARD attribue les fistules biliaires externes, après cure des kystes hydatiques du foie, à une véritable hypertonie du sphincter d'Oddi.

- La section de ce sphincter suffirait à inverser le cours de la bile de l'extérieur vers la voie biliaire principale.

7 janvier 1959 : Réintervention (76 jours après la 1ère)

- Paramédiane droite : A la grande surprise de l'opérateur, on découvre un kyste hydatique du foie central, adhérent à la face supérieure de la vésicule.

- Cholangiographie par sonde de PEZZER intravésiculaire, clichés mal centrés, montrant seulement la partie supérieure du kyste.

- Ouverture du kyste, évacuation de plusieurs membranes hydatiques.

- Duodénotomie verticale, sphinctéroplastie selon la technique de GOINARD.

- Fermeture duodénale, sans drainage en un plan, au nylon.

- Les suites opératoires sont remarquablement simples. Le sujet a encore quelques crachats bilieux. Il élimine une quantité importante de bile pendant 48 heures, puis s'arrange à partir du 2ème jour post-opératoire.

- Plus de crachats. Le pansement est sec.

On peut devoir recourir à une décortication, du fait du décollement pulmonaire, mais la réexpansion est parfaite, et le malade quitte le service quinze jours après la réintervention, pratiquement guéri.

Conclusion :

Cette observation illustre, d'une manière frappante, le fait que la guérison de la fistule bilio-bronchique ne peut être obtenue qu'après levée de l'obstruction biliaire sous-jacente.

D'autre part, un drainage sous diaphragmatique aurait peut-être évité cette fistule biliaire importante intra-thoracique, en amenant la bile vers l'extérieur.

OBSERVATION N° 2

BOUJEMAA Ben S...., 22 ans, militaire, admis dans le service le 6.2.60, avec le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches.

Juillet 1959 : La maladie débute par des troubles d'allure hépatique très nette :

- Ictère très foncé, douleurs de l'hypochondre droit, irradiant à l'épaule droite - Rétrocession au bout de 45 jours.

- Un mois après, nouvelles douleurs de l'hypochondre droit, avec anorexie et diarrhées. Hospitalisation de 9 jours.

- Trois mois après environ, de nouveau, sub-ictère. On découvre alors une opacité parahilaire droite. Le malade se met à tousser et à cracher de la bile.

16.1.1960 : La radiographie de profil montre une opacité postérieure . Absence d'image de calcification hépatique. Pas de remplissage de la pyramide basale sur le lipiodol du 28.1.1960.

25.2.1960 : Intervention chirurgicale, sous bloqueur.

1er temps : - Thoracotomie : grosse lésion pulmonaire obligeant à une résection de la pyramide basale,

- Du côté hépatique, très petite cavité dont on retire de multiples petites vésicules flétries, jaunâtres. Aucune action sur le péricyste.

- Le kyste hydatique, sans aucune connexion diaphragmatique, multivésiculaire, est traité par simple évacuation du contenu.

2 e temps : - Abdominal : Cholédoque dilaté, mais la cholangiographie et l'exploration per-opératoire, le montrent libre. Passage très facile de l'explorateur à travers la papille.

- 15e jour : La cholangiographie de contrôle par drain de Kehr, montre un cholédoque libre.

- 14.3.1960 : 17 jours après l'intervention, le malade quitte le service apparemment guéri.

- 18.7.1960 : Le malade revient dans le service avec un ictère qui évoluerait depuis le mois de juin 1960 - Tout plaide en faveur d'un ictère de la seringue.

- Pour une raison inconnue, le malade subit une intervention exploratrice dans un autre hôpital, qui montre qu'il s'agissait, en effet, d'un ictère post-hépatique, car les voies biliaires sont libres.

- Le malade sera revu périodiquement jusqu'en 1965. La guérison se maintient parfaitement.

Conclusion :

- Malade traité d'une façon complète, par exérèse pulmonaire et contrôle abdominal dans le même temps. Guérison extrêmement rapide, malgré un ictère de la seringue.

OBSERVATION N° 3

HAMOUDA Ben M..., 35 ans, admis dans le service le 12.12.69, adressé par le Dr. G..., avec le diagnostic de kyste hydatique probable du lobe moyen du poumon droit.

Le malade se plaint de troubles hépatiques depuis une dizaine d'années.

- Douleurs à l'hypochondre droit, sans irradiation
- Pesanteur et malaise survenant lors d'un écart de régime.

Ces troubles n'inquiètent pas tellement le malade.

Depuis sept à huit mois, à ces troubles hépatiques, s'ajoutent des signes pulmonaires, avec toux, expectorations muco-purulentes, plus souvent purulentes faites de crachats épais.

Trois mois auparavant, le malade signale un semblant de vomique, expectoration un peu plus abondante : 20 ml environ, purulente, avec des débris de membranes, mais pas de vésicules, survenu un matin, après une forte quinte de toux. Jamais d'hémoptysies.

Le malade consulte le Dr. G... qui pratique un bilan complet.

Les radios du thorax montrent une opacité siégeant au niveau du lobe moyen évoquant un kyste hydatique.

30.10.1962 : La bronchoscopie montre des sécrétions muco-aériennes provenant du lobe moyen droit. Les bronches paraissent légèrement irritées. Cependant, il était possible de suspecter la vraie lésion, car il existait sur les clichés une image de calcifications fines, manifestement sous-diaphragmatique.

26.12.1962 : Intervention par voie thoracique, avec le diagnostic de dilatation bronchique du lobe moyen, consécutive à l'évacuation d'un kyste hydatique pulmonaire. On s'aperçoit très vite que les lésions sont en réalité plus complexes. Il existe un kyste hydatique du foie à la partie antérieure, adhérent au diaphragme, et ouvert dans le lobe moyen. Ce dont on se rend compte, dès que l'on essaie de décoller le lobe moyen du diaphragme.

La perforation diaphragmatique est assez importante et l'ouverture dans le lobe moyen est de 5 cm environ de diamètre.

Evacuation du kyste qui est multivésiculaire, calcifié, mais contenant très peu de bile.

Pas de vésicules hydatiques dans le lobe moyen. On se contente, du côté hépatique, d'évacuer les membranes, et d'attoucher le fond du kyste avec du sérum salé hypertonique.

- Labectomie moyenne difficile
- Fermeture sur double drainage intercostal
- Pas de contrôle abdominal.

5.1.1963 : Le malade quitte le service après des suites opératoires satisfaisantes.

14.3.1963 : Le malade est de nouveau hospitalisé, soit 68 jours après l'intervention pour une vomique bilieuse importante.

Les clichés montrent des lésions pulmonaires très importantes, à type de véritables inondations bronchiques, et l'existence d'un épanchement sous diaphragmatique important visible sur les radios faites le 1.1.1963 et 3.1.1963.

Le malade guérit simplement après cette vomique bilieuse. Il s'agit selon toute vraisemblance de l'évacuation d'un épanchement bilieux sous diaphragmatique.

Avril 1967 : Le malade est définitivement guéri.

Conclusion :

Dans cette observation, les expectorations muco-purulentes, et les calcifications sous diaphragmatiques, si caractéristiques, auraient pu permettre facilement de poser un diagnostic exact. Enfin, du point de vue thérapeutique, un drainage abdominal aurait évité cette complication post-opératoire qui est la vomique bilieuse, qui fût, en fait, un drainage de nécessité.

OBSERVATION N° 4

AHMED Ben B..., 37 ans, admis dans le service le 30.6.1962, adressé par le Dr. G..., pour kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches.

28.6.62 : Expectoration de bile constatée pour la première fois. Véritable fistule broncho-biliaire avec expectorations très importantes et pratiquement incessantes.

7.7.62 : Intervention chirurgicale

Par voie thoracique pure, qui découvre un kyste du foie ouvert dans la plèvre, et le poumon.

On pratique une bilobectomie moyenne et inférieure droite.

Au niveau du foie : Cavité hydatique de la taille d'une tête foetale, que l'on se contente de drainer.

Dans les suites :

17.7.62 : Fistule bronchique rapide obligeant un drainage de la cavité thoracique qui contient de la bile.

Drainages itératifs pour choléthorax.

5.1.63 : Réintervention pour pneumothorax, au cours de laquelle le malade subit une pneumonectomie.

Le malade meurt, le quatrième jour, dans un tableau d'insuffisance respiratoire aigue.

Conclusion :

Observation particulière, car il s'agit en fait d'un kyste hydatique du foie rompu dans la plèvre, puis dans le poumon.

OBSERVATION N° 5

ALGIA Bent S..., 30 ans, admise dans le service le 7.8.63, pour expectoration bilieuse typique.

30.8.1958 : Le malade subit une intervention par thoraco-phréno-laparotomie, pour un énorme kyste de la convexité contenant environ 3 l. de liquide. Il est traité par résection du dôme saillant. A signaler que le kyste adhère au diaphragme.

7.8.1963 : Lors de cette nouvelle réhospitalisation, la malade est en mauvais état général, réellement cachectique.

8.8.1963 : Radios montrant une opacité diffuse à la base droite.

La malade étant en mauvais état général, on décide de faire une intervention par voie abdominale ; dans un premier temps, de déconnecter le foie du thorax.

On découvre un très gros foie débordant très largement les fausses côtes, mais ne contenant aucune cavité hydatique. Il semble par conséquent bien s'agir d'une réaction de cirrhose au contact d'un kyste hydatique. La libération amène à entamer le rebord chondral et l'espace intercostal, sans pour autant ouvrir la plèvre.

On s'aperçoit qu'il existe une grosse cavité hépato-pulmonaire. Le diaphragme est détruit sur la largeur d'une paume de main. Il n'existe pas de vésicules hydatiques, ni de membrane. Les lésions hépatiques sont relativement réduites, mais les lésions pulmonaires sont énormes.

La cholangiographie per-opératoire montre une fuite importante de liquide au niveau de la région sous diaphragmatique, mais pas de communication bronchique.

Après contrôle radiologique de la liberté des voies biliaires, on se contente de la mise en place d'un drain de Kehr, et d'une séparation inter-hépatopulmonaire. Il est absolument illusoire de vouloir réparer le diaphragme complètement détruit.

Suites opératoires :

Très difficiles, car l'intervention a été très hémorragique. Quelques ennuis infectueux pariétaux. Mais l'expectoration purulente a définitivement disparu.

8.10.63 : La malade quitte le service, en gardant une hépato-splénomégalie.

La malade ne s'est malheureusement pas présentée à l'examen lipiodolé bronchique prévu, et qui aurait certainement montré des destructions bronchiques très importantes.

Conclusions :

Expectoration bilieuse 5 mois après l'intervention chirurgicale pour kyste hydatique du dôme hépatique. Il ne semble pas s'agir d'une véritable récurrence de kyste hydatique du foie avec membrane évacuée, mais simplement d'un épanchement bilieux tardif évacué par les bronches.

Les lésions pulmonaires constatées par voies abdominale auraient certainement justifié secondairement une exérèse pulmonaire. Mais la malade ne s'est pas présentée à la consultation.

Enfin, cette observation illustre le fait que, parfois, une simple déconnection par voie abdominale suffit à tarir la fistule bilio-bronchique, surtout si l'état général du patient ne peut supporter une intervention complète.

OBSERVATION N° 6

ABDELKADER Ben S..., 25 ans, admis dans le service le 18.4.63 avec le diagnostic de kyste hydatique du poumon droit, vidé par vomique.

Mai 1963 : Le début de la maladie commence par un point de côté droit, de la toux, des expectorations et des hémoptysies de petite abondance.

Août 1963 : Le malade est hospitalisé à l'Hôpital de Z... pendant 15 jours où il est traité à la streptomycine.

11.9.63 : Le malade est transféré à l'Hôpital du B...

14.9.63 : Ponction pleurale donnant un liquide eau de Roche, à l'examen des cellules endothéliales. Absence de germe.

17.9.63 : Le cliché thoracique montre une opacité non homogène de la base droite, faisant penser à une participation pleurale.

Le malade est mis à la streptomycine, au rimifon et au cortancyl.

28.9.63 : Nouvelle ponction pleurale blanche.

Début octobre 1963 : Vomique d'un kyste hydatique avec plusieurs vésicules, vérifiées par un examen microscopique le 18.10.1963.

L'expectoration de membrane s'est répétée depuis.

26.10.63 : Radio faite par l'Hôpital du B... montre une opacité paracardiaque droite et un comblement du cul de sac sus diaphragmatique droit.

28.10.63 : A son entrée dans le service. Bon état général, pas de fièvre. L'examen pulmonaire montre :

- Une submatité de la base thoracique droite avec diminution du murmure vésiculaire.
- Hépatomégalie avec perception d'une tumeur
- Pas de splénomégalie
- Expectorations séro-muqueuses persistantes, pas de débris de membrane constatés dans le service.

Le malade crache constamment de la bile. On pose alors le diagnostic de kyste hydatique rompu dans les bronches.

7.1.1964 : On intervient sous bloqueur.

Incision thoraco-abdominale, centrée sur la 7e côte.

Ouverture première de la cavité abdominale, qui est pleine de kystes hydatiques multivésiculaires. Il en existe partout : Au niveau de l'angle gastro-colique, du foie, du foie gauche, de la région rétro-péritonéale.

Séparation sous bloqueur du foie et du poumon, très adhérent au niveau de la pyramide basale. Il existe une petite cavité pulmonaire au niveau de laquelle viennent souffler plusieurs grosses bronches. Multiples vésicules hydatiques dans la cavité pulmonaire et hépatique. Cette dernière est énorme, intéressant pratiquement tout le foie droit.

Il existe d'ailleurs plusieurs kystes hydatiques, dont deux très gros, séparés par une cloison de parenchyme hépatique.

Blessure accidentelle de la vésicule au cours de l'intervention. On en retire plusieurs calculs pigmentaires. Le cystique est totalement obturé.

Au niveau de la cavité hydatique gauche, du foie droit, vient s'ouvrir un gros canal biliaire. On le suture au fil de lin par deux points en X.

Dans les conditions assez difficiles, on dissèque le moignon cystique et l'on pratique une cholangiographie qui montre un passage facile avec résiduel à 6 cm d'eau, ainsi que l'amputation totale du canal hépatique droit à son origine. Il s'agit certainement du canal découvert et suturé.

On enlève entre temps plusieurs kystes péronéaux et pariétaux du ligament gastro-colique.

L'état du malade étant assez inquiétant, on respecte deux gros kystes hydatiques gauches, l'un intra-péritonéal, l'autre peut être rétro-péritonéal en arrière du foie gauche. Du côté pulmonaire, on se contente de suturer le poumon malgré des lésions qui indiquent indiscutablement l'exérèse.

- Fermeture de la thoracotomie sur double drainage
- Fermeture du diaphragme aux points séparés de nylon
- Deux lames de caoutchouc dans la région sous-hépatique.

Suites opératoires :

Simple au début, puis fistule colo-bronchique, et colo-pariétale,

20.1.1964 : Réintervention

- Anus sous angulo-colique droit
- Etat de cachexie progressive malgré la réintervention
- Disparition de toute expectoration
- Désunion pariétale, suppuration profuse de la plaie.

31.1.1964 : Décès brusqueConclusion :

Forme extrêmement particulière de kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches, dans lesquelles les lésions hépatiques sont très importantes, ainsi que les kystes secondaires, intra-péritonéaux. Ce sont ces lésions hépatiques qui expliquent l'évolution catastrophique, beaucoup plus que la communication hépato-bronchique.

OBSERVATION N° 7

ABDESSALEM Ben M...., 48 ans, admis dans le service le 18.12.1963 pour kyste hydatique du foie, ouvert dans les bronches.

Juillet 1963 :

Début par des douleurs du flanc et de la base thoracique droite.

Fin octobre 1963 :

Douleurs épigastriques. Toux avec expectoration muco-purulente, fétide, crachats parfois bilieux.

Le malade est hospitalisé chez le Dr. Ben A...

7.11.1963 : La radio montre une image hydro-aérique de la base. Les radios avec pneumo-péritoine montrent que l'image a un prolongement sous diaphragmatique.

24.12.1963 : Les clichés (face et profil) montrent une image absolument typique de kyste hydatique du foie, ouvert dans les bronches. Signalons que dans les crachats, il a été retrouvé de la bile, des sels et des pigments biliaires par analyse chimique. Le malade est sub-ictérique.

3.1.1964 : Intervention sous bloqueur.

1er temps : Thoracique

Incision permettant la suture pulmonaire (suture de fistules bronchiques multiples). Lésions importantes, reversibles de la pyramide basale. A signaler que la brèche diaphragmatique est très peu importante.

La cavité hydatique siégeant au niveau du secteur latero-inférieur droit, déshabillée, est le siège d'une grosse fistule biliaire, que l'on suture au catgut chromé, après avoir disséqué le canal sur quelques millimètres. On arrive à la brèche diaphragmatique qui était de toute petite taille et autour de laquelle il existe de gros remaniements du muscle. Le diaphragme est refermé de façon étanche aux points séparés de nylon.

2e temps : Abdominal

- Cholédoque dilaté, énorme, dont on retire une très grosse membrane teintée de bile, et des vésicules multiples.

- Cholangiographie per-opératoire, pour vérifier les voies biliaires.

Suites opératoires :

Très simples. Le drain de Redon placé dans la cavité de la poche kystique donne 100 à 200 ml de bile pendant les premières 48 heures.

12.1.1964 : Clampage du drain de Kehr

20.1.1964 : Cholangiographie post-opératoire montrant la vacuité des voies biliaires.

28.1.1964 : Le malade sort complètement guéri.

Conclusion :

La voie abdominale, si elle n'a pas permis la découverte d'autres kystes hépatiques, a permis de vérifier les voies biliaires. Et, de ce fait, on a trouvé un cholédoque obstrué par une membrane. La vacuité du cholédoque est, en effet, une condition essentielle pour déconnecter la fistule et redonner à la bile un cours normal.

Par ailleurs, le drain placé dans la cavité kystique hépatique a donné 100 à 200 ml de bile par 24 heures, les deux premiers jours. Faute de drainage, la bile se serait collectée et se serait peut-être, là aussi, comme dans l'observation N° 3, évacuée par un vomique de nécessité.

Enfin, ce malade a pu bénéficier d'un traitement complet en un seul temps.

OBSERVATION N° 8

KHELIFIA Bent A..., 28 ans, hospitalisé le 30.10.1963.

Début de la maladie par un point de côté.

Septembre 1963 : Hospitalisation à l'Hôpital de K... pour des expectorations jaunâtres, de goût amer, contenant des débris de membrane.

24.10.1963 :

Les clichés montrent un niveau liquide apparemment diaphragmatique avec une image claire sus-diaphragmatique.

Dans le service : Expectorations contenant des membranes hydatiques, puis expectorations bilieuses, incontestables, mais peu importantes. Il s'agit d'une malade en état de cachexie intense et l'on décide d'intervenir par voie abdominale.

L'intervention : découvrir un kyste hydatique du dôme parfaitement mis en évidence par la cholangiographie, du volume d'une grosse orange. La communication avec les bronches n'est pas évidente, on retire du kyste plusieurs membranes flétries, baignant dans la bile. On aveugle la fuite biliaire par un point de catgut en X. Résection du dôme saillant. Aucune intervention sur le diaphragme et les poumons.

Suites opératoires : Fistule biliaire externe, crachats biliaires intermittents pendant quinze jours.

15.1.1964 : Il est pratiqué un lipiodol bronchique montrant quelques dilata-tions bronchiques, au niveau du lobe moyen, mais la pyramide basale n'est pas visible.

Intervention chirurgicale non exclue dans l'avenir pour lésion pulmo-naire résiduelle.

2.3.1964 : La malade quitte le service.

Conclusion :

A la faveur d'une intervention exclusivement abdominale, on est arrivé à bout des manifestations bronchiques. Par ailleurs, là aussi, l'absence de drainage de la cavité kystique hépatique a provoqué, fort heureusement, une fistule biliaire externe, sinon la bile serait encore une fois évacuée par les bronches, à travers la suture diaphragmatique.

OBSERVATION N° 9

ABDELJELIL M..., 35 ans, admis dans le service le 8.9.64, adressé par le Dr. Z... pour kyste hydatique de la base droite.

Avril 1964 :

Début des troubles par douleurs hémithoraciques droites.

Le malade aurait fait brusquement 3 semaines après, pendant trois jours, des expectorations jaunes, verdâtres, de goût amer, de quantité abondante. C'est à cette époque que l'on découvre une image thoracique suspecte de la base droite, et le diagnostic de kyste hydatique est porté.

Cependant, on pense à la possibilité d'un kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches, du fait de l'histoire clinique et, d'autre part, de l'existence sur les clichés radiographiques d'une continuité entre l'image de la base droite et l'image hépatique. Le diagnostic est confirmé par une série d'investigations, en particulier les tomographies de la base qui montrent des images calcifiées sous diaphragmatiques visibles sur les clichés du 13.10.1964.

9.11.1964 : On tente de confirmer ce diagnostic par un pneumopéritoine qui n'arrive pas à décoller le foie du diaphragme. D'autre part, la tentative de lipiodol bronchique, si elle reste inefficace, montre cependant la présence de liquide opâque en situation sous diaphragmatique.

23.11.1964 : Intervention sous blocage de la bronche lobaire inférieure droite.

1e temps : Abdominal

Cholangiographie faite par la vésicule ne montre pas de fistule biliaire très importante. Mais l'exploration par voie abdominale paraissant mal aisée, on se contente de placer un drain sous-diaphragmatique.

2e temps : Thoracique

Thoracotomie : les lésions découvertes, confirment bien le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches. Elles sont peu importantes, tant du côté pulmonaire qu'hépatique. On retire plusieurs membranes verdâtres, baignées dans la bile.

Suture du parenchyme pulmonaire au niveau du lobe inférieur, après évacuation des vésicules également verdâtres.

Drainage de la cavité hépatique par un drain sous-diaphragmatique.

Suites opératoires : (Simples)

- 4.12.1965 : La malade quitte le service, soit 17 jours après l'intervention chirurgicale.

Conclusion :

- Kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches à manifestations très discrètes. Mis en évidence, grâce à un pneumopéritoine, et à une analyse soigneuse des images radiologiques montrant des calcifications sous-diaphragmatiques.

Suites opératoires simples, à la faveur d'une double intervention conservatrice : par voie abdominale, avec drainage de la poche kystique, puis thoracique.

OBSERVATION N° 10

K.HIAR-EDDINE Ben A..., 33 ans, admis dans le service le 22.6.1965, avec le diagnostic de kyste hydatique ouvert dans les bronches.

Aucun antécédent.

16 Mars 1965 :

Début des troubles marqué par une douleur postérieure droite, irradiant vers l'épaule droite avec dyspnée, de la fièvre sans frissons, angoisse, pas d'expectoration.

17.3.1965 :

Il est hospitalisé à l'Hôpital de B..., où l'on diagnostique une crise de cholecystite aigue. Le malade est traité par vessie de glace et antibiotiques. Il quitte l'Hôpital huit jours après.

Par la suite, le malade signale une poussée thermique, des douleurs à la base thoracique droite, et une toux sans expectoration.

Il consulte le Dr. G... qui le traite à titre externe par des antibiotiques anti-tuberculeux, et du cortancyl pendant quatre semaines, sur la constatation d'un épanchement pleural droit, confirmé par la ponction.

Quelques jours plus tard, une expectoration bilieuse vient signer le diagnostic.

Il s'agit certainement d'une communication bilio-bronchique large, directe, car lors de son hospitalisation la toux et l'expectoration ne laissent pas de répit au malade.

19.6.1965 : La radio montre une image hydro-aérique sous diaphragmatique avec quelques calcifications peu denses.

Les lésions pulmonaires sur le cliché de mauvaise qualité paraissent minimes.

23.6.1965 : Intervention par thoracotomie

Les adhérences pleurales étant minimes, il existe une petite hépatisation du lobe inférieur droit.

La séparation hépato-pulmonaire montre l'existence d'une membrane hydatique unique, verdâtre, baignée dans la bile, une ouverture diaphragmatique de 2 cms de diamètre, des lésions pulmonaires relativement limitées, sous forme d'une petite caverne au fond de laquelle souffle une grosse bronche, au milieu de la pyramide basale.

Suture du parenchyme pulmonaire par quelques points en X de nylon. Phrénotomie découvrant largement le kyste hydatique du foie qui est calcifié siégeant au segment V. Il s'agit d'un kyste aux parois calcifiées, de taille relativement réduite (taille d'un petit poing), que l'on décide de traiter par kystectomie totale. Cette dernière se déroule aisément jusqu'au contact de la veine para-médiane. On blesse celle-ci une première fois : petite moucheture rapidement rattrapée par suture à la soie vasculaire.

Malheureusement, on décide de poursuivre la dissection d'une toute petite plaque calcifiée, au contact de la veine para-médiane droite, presque à sa terminaison. On crée alors une large plaie de 1 cm environ sur la veine para-médiane, que l'on a les plus grandes difficultés à suturer. Suture du foie.

Etant donnée la durée de l'intervention, et la difficulté de l'hémostase, on se trouve obligé à renoncer au temps abdominal.

Suites opératoires :

Simple avec disparition immédiate et définitive de l'expectoration.

25.6.1965 :

Un décollement pulmonaire oblige la remise en place d'un drain thoracique antérieur. Dès lors la guérison est très rapide.

8.7.1965 :

Un lipiodol bronchique confirme l'atteinte limitée du poumon sous forme de dilatations bronchiques au niveau de la pyramide basale.

21.7.1965 :

Une gammagraphie hépatique montre peu de choses et fait moins regretter, par conséquent, l'absence du temps abdominal.

Conclusion :

Lésions hépatiques et bronchiques limitées. Intervention chirurgicale pratiquée rapidement, 13 jours après les premiers crachats bilieux qui étaient cependant abondants. Intervention qui a consisté essentiellement en une kystectomie totale pratiquée par voie thoracique. Les ennuis hémorragiques per-opératoires, ayant empêché le contrôle abdominal, une gammagraphie hépatique et un lipiodol bronchique post-opératoires, confirment bien la nature limitée des atteintes hépatiques et pulmonaires.

Du point de vue clinique, observation très intéressante, qui montre l'évolution sous-diaphragmatique du kyste qui a fait poser le diagnostic de cholecystite aiguë, puis l'évolution thoracique posant le diagnostic de pleurésie tuberculeuse avant la vomique.

OBSERVATION N° 11

HAMDOUNA Bent M..., admise dans le service le 20.6. 1966, adressée par l'Hôpital S... avec diagnostic de kyste du poumon droit.

En 1964 : La malade a présenté un syndrome infectieux, avec douleur au niveau du flanc droit. Elle est hospitalisée alors dans le service du Dr. A... qui aurait évoqué le diagnostic de kyste hydatique et pratiqué une laparoscopie, ainsi qu'une gammagraphie. Il ne semble pas que ces investigations aient abouti à un diagnostic car, au bout de 25 jours, la malade quitte l'Hôpital sans aucune recommandation.

La malade continue à se plaindre plus ou moins de la base thoracique droite.

24.3.66 : Elle est hospitalisée à nouveau en médecine S... avec tableau de pneumopathie aiguë et douleur à la base thoracique droite.

Bacilloscopie négative - Vitesse de sédimentation 120/134.

La malade est mise sous antibiotiques et cortancyl.

29.3.66 : On pratique une ponction pleurale droite qui ramène un liquide hémorragique, séré-fibrineux, avec polynucléaires neutrophyles non altérés. Absence de germe à l'examen direct et sur culture.

La température oscillant entre 37° et 38°, au bout de dix jours d'antibiotiques, à dose modérée, on augmente la dose de pénicilline à 10 millions à laquelle on ajoute de la terramycine injectable. Pendant quelques jours, la température tend à se normaliser, pour reprendre au bout d'une semaine son oscillation entre 37° et 38°.

En même temps, la toux reprend avec des expectorations mucopurulentes. La radio montre une opacité arrondie de la base thoracique droite.

18.5.66 : La malade est transférée dans le service de pneumologie où l'on diagnostique un kyste hydatique de la base droite.

- Casoni +++

A son entrée dans le service, la malade est en bon état général. Pas de dyspnée, mais elle se plaint d'une toux nocturne avec discrète expectoration, ainsi que d'une légère douleur thoracique à la base droite provoquée surtout par la toux.

10.8.66 : Sur les clichés : image thoracique opâque de la base droite se projetant sur le profil au niveau de la colonne dorsale. On porte le diagnostic probable de kyste hydatique de la base droite. Cependant, on remarque l'absence de limite entre la base thoracique et la masse hépatique. Mais jamais de diagnostic de kyste hydatique du foie à évolution thoracique n'a été envisagé.

1.7.66 : Intervention

Elle montre, en fait, selon toute vraisemblance, qu'il s'agit d'un kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches, car, dès l'intubation, la malade rejette plusieurs vésicules teintées de jaune. La thoracotomie découvre de grosses adhérences du lobe inférieur, à la paroi thoracique et au diaphragme. A l'ouverture du kyste, vésicules teintées de bile également. Le kyste siège au niveau du segment externe du lobe inférieur, entouré d'une zone d'hépatisation.

Adhérence importante entre le diaphragme et la paroi, comblant la partie haute du sinus. En fait, le diagnostic supposé n'est vraiment pas confirmé, car l'intervention est arrêtée faute de sang.

Fermeture des fistules bronchiques. Capitonage.

Suites opératoires :

On assiste à quelques vomiques de **bile**, qui viennent affirmer le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans le thorax, lesquelles vomiques semblent évoluer progressivement vers le tarissement. On décide cependant de réintervenir, de façon quasi systématique, pour vérifier le foie et pratiquer une cholangiographie.

11.8.66 : Réintervention

Par incision médiane abdominale. On découvre deux kystes hydatiques de petite taille, l'un au niveau du secteur latéral droit, à la partie haute exactement contre le diaphragme, kyste apparemment libre, de la taille d'un oeuf de poule, avec une sorte de bride allant vers le diaphragme qu'elle perfore ou a perforé.

Reliquat vraisemblable de la fistule bilio-bronchique.

Mise à plat de ce kyste qui contient des vésicules bilieuses. On laisse la poche ouverte, le deuxième kyste est au niveau du lobe gauche du foie, de petite taille, atrophique.

Cholangiographie par le cholédoque : Pas de communication entre les kystes et les voies biliaires.

Suites opératoires :

Simple comme pour la première intervention.

1.9.66 : Bronchographie lipiodolée à titre systématique, qui ne montre pas de lésions importantes de la base droite.

Par conséquent, aucune intervention chirurgicale n'est à envisager sur le poumon.

1.9.1966 : Le malade quitte le service pratiquement guéri.

OBSERVATION N° 12

Mouldi Ben M., ..., 20 ans, admis dans le service le 9.7.1966, adressé par l'hôpital de B... pour hydropneumothorax.

Mars 1966 :

Début de la maladie par une toux et des douleurs de la base thoracique droite. Il est mis au traitement anti-tuberculeux pendant 45 jours. Sans résultats.

Puis, le malade présente un ictère généralisé, précédé de douleurs à l'hypochondre droit avec inhibition respiratoire et frissons. Regression progressive de l'ictère, puis nouvelle poussée ictérique. Ensuite, troisième poussée ictérique précédée de fièvre et de douleurs de l'hypochondre droit.

17.6.66 : Une radio thoracique montre une opacité ovalaire, de la base droite, dans l'angle cardio-phrénique. Le malade tousse toujours, pas d'hémoptysies, ni d'expectorations particulières.

1.7.66 : Hémoptysie de petite abondance, plus recrudescence de la toux, et de la dyspnée.

7.7.66 : Pneumothorax généralisé avec plusieurs niveaux liquides s'étageant de la région sous diaphragmatique au hile pulmonaire droit. Le malade crache de la bile pour la première fois. A son admission, état général médiocre,

dyspnée modérée, toux incessante. Crache de la bile en très grande quantité. Choleptysie pure sans vésicules hydatiques. Les clichés montrent une image d'hydropneumothorax droit avec une image de deux niveaux liquides - (le 2^e étant peut-être sous-diaphragmatique). Le malade est mis sous antibiotiques. Le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches est posé.

15.7.66 : 1^o intervention chirurgicale

Par voie thoracique droite, sous bloqueur, thoracotomie, avec ablation de la 8^e côte. Poche pleurale localisée contenant de la bile. Lobe inférieur déchiqueté contenant plusieurs vésicules hydatiques. Perforation diaphragmatique de la taille d'une main, menant à un kyste hydatique de petite taille aux parois calcifiées, avec petite fistule biliaire. Il existe un autre kyste hydatique en avant du premier, contenant des vésicules flétries légèrement bilieuses.

Le périkyte adhérent au foie étant peu cohérent, on se contente de réséquer les dômes saillants et de curetter les deux cavités hydatiques.

Suture du parenchyme hépatique.

Suture du parenchyme pulmonaire, malgré les lésions importantes, on se propose de réintervenir secondairement pour pratiquer une exérèse lobaire inférieure.

Exploration sommaire de la cavité abdominale à travers l'orifice de phrénotomie. On ne palpe pas de kystes. Mise en place d'une sonde de PEZZER dans la vésicule biliaire tendue.

Suites opératoires :

Sont marquées par la persistance des expectorations bilieuses. Le décollement du poumon nécessitant des drainages itératifs, on note une fuite biliaire, autour de la sonde de cholecystostomie.

25.7.66 : Expectoration bilieuse cesse, mais reprend de plus belle le 28.7.66, en même temps que se manifeste un sub-ictère.

On décide alors de réintervenir.

29.7.1966 : Réintervention par voie abdominale.

Elle donne l'explication de tous ces troubles : le choledoque est complètement obstrué par des débris hydatiques. La cholangiographie par drain de Kehr montre l'existence d'une cavité hydatique centrale, deshabitée, largement ouverte dans le canal hépatique droit, et qui communique avec la cavité du kyste hydatique ouvert dans les bronches dont on retrouve parfaitement la trace.

Sphinctérotomie systématique

Dès lors, la guérison de la fistule bilio-bronchique est pratiquement acquise. Le malade n'aura plus que quelques crachats teintés de bile durant quelques jours. Mais un pyothorax à germes banaux donnera beaucoup d'ennuis.

1.11.66 : La guérison totale du malade est obtenue.

4.1.67 : Malade revu en très bonne santé.

Conclusion :

On peut dégager de cette observation deux remarques : L'une, d'ordre diagnostique, L'autre, d'ordre thérapeutique. La première : C'est que l'on aurait pu poser le diagnostic bien avant la biliptysie, si on y avait pensé, sur l'existence concomittante de signes hépatiques (ictère de type retentionnel) et des signes pulmonaires (douleurs thoraciques basses, toux, et surtout opacité à la base droite). Un pneumopéritoine fait en juin 1966 aurait certainement montré la continuité de l'image pulmonaire avec l'étage sous diaphragmatique et aurait aussi, par une intervention précoce, évité le cholé-hydro-pneumothorax.

2e remarque : Là encore, les voies biliaires n'ont pas été libérées, la fistule bilio-bronchique, malgré sa déconnection opératoire, a persisté dans les suites opératoires, jusqu'à ce qu'une deuxième intervention ait levé l'obstacle dans la voie biliaire principale, permettant à la bile de suivre son cours normal.

On note aussi l'absence de drainage sous-diaphragmatique, lors de la première intervention.

OBSERVATION N° 13

ALI Ben T..., 48 ans, admis dans le service le 10.6.1966, pour image anormale de la base droite, probablement due à un kyste hydatique.

Janvier 1966 : Début des troubles : toux sèche, fièvre, puis expectorations abondantes.

10.6.1966 : Sur les radios : image opâque siégeant au niveau du lobe moyen, et image de kyste calcifié du foie dont l'opacité se confond avec l'opacité thoracique.

Le diagnostic évoqué est celui de kyste hydatique du foie avec communication pulmonaire probable.

17.6.66 : La gammagraphie montre une image lacunaire au niveau de la partie postéro-externe du foie droit.

22.5.66 : Intervention menée au départ par thoracotomie. Elle confirme le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches. La communication siège entre le foie et le lobe moyen. L'incision est prolongée en thoraco-phréno-laparotomie, qui permet, dans de bonnes conditions techniques, la fermeture diaphragmatique et une perikystectomie totale sur un kyste calcifié de la taille de deux poings.

On perçoit d'autres kystes du foie dont on remet la cure à un temps ultérieur, étant donné la longueur et la difficulté de l'intervention.

Suites opératoires :

Simple, sauf quelques ennuis de drainage thoracique dont on vient facilement à bout.

20.10.66 : Réintervention par thoraco-phréno-laparotomie. Elle montre un kyste hydatique du foie droit, gros comme deux poings, dont on pratique la perikystectomie totale sans trop de difficultés.

Le kyste siégeant au niveau du ligament rond, ablation à kyste fermé au prix d'une hémorragie veineuse très importante.

Cholangiographie per-opératoire, montrant des images suspectes, persistantes. On pratique une cholécotomie qui ne découvre rien, mais les images suspectes persistent et amènent à pratiquer une Sphinctérotomie.

Au total : opération hémorragique (le malade a reçu 14 flacons de sang).

Suites opératoires :

Pénibles, avec désunion partielle de la plaie. Ecoulement de liquide jaunâtre, d'odeur fétide ; plus de 300 g. par jour. Colibacille à l'examen bactériologique.

La cicatrisation est très lente.

13.12.66 : Le malade quitte le service apparemment guéri.

Conclusion :

Trois kystes hydatiques du foie dont un calcifié, ouvert dans le lobe moyen. Dans le 1er temps opératoire, on se contente de pratiquer une lobectomie moyenne et une perikystectomie totale du kyste ouvert dans les bronches. Ce qui suffit à tarir la fistule bilio-bronchique.

Dans un deuxième temps, 3 mois après, ablation d'une vésicule calculeuse et de deux kystes résiduels du foie.

Finalement, la guérison est obtenue, mais au prix d'une longue hospitalisation (plus de cinq mois).

OBSERVATION N° 14

FAIZA Bent S..., 45 ans, admise dans le service le 26.11.68, adressée par l'Institut Phtysiologique de l'A... avec le diagnostic de kyste hydatique de la base pulmonaire droite.

Il s'agit d'une femme n'ayant pas d'antécédents pathologiques notables.

Juin 1968 : La malade signale des douleurs thoraciques droites accompagnées d'une toux sèche et quinteuse.

Août 1968 : La symptomatologie s'enrichit de crachats hémoptoïques, avec fièvre et sudation importante. Ce qui amène l'hospitalisation de la malade.

26.9.68 : Les radios montrent une opacité au niveau de la base de l'hémi-thorax droit dont le bord supérieur est régulier. Opacité homogène, indissociable de l'opacité hépatique.

29.10.68 : Radios du thorax de face montrent une opacité surmontée d'un niveau liquide.

29.10.68 : Radios après pneumopéritoine montrent que la coupole diaphragmatique droite ne se décolle pas.

5.11.68 : La bronchoscopie montre l'intégrité des bronches. Le lipiodol du même jour confirmerait l'hypothèse d'un kyste hydatique de la base droite. La malade continue à avoir des crachats hémoptoïques.

29.11.68 : Elle fait une véritable hémoptysie qui oblige à faire des transfusions.

5.12.68 : Elle fait une vomique de membranes hydatiques.

18.12.68 : Expectoration jaunâtre qui vient confirmer le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches.

23.12.68 : Une laparoscopie montre un kyste hydatique du dôme, avec hypertrophie compensatrice globale du foie et splénomégalie.

24.12.68 : Intervention

Menée au départ à la faveur d'une incision abdominale thoracique, passant par le 7e espace inter-costal droit. Cette voie d'abord ne permet que de séparer le diaphragme du foie d'une part, du poumon d'autre part et de traiter un gros kyste de la taille de deux poings, multivésiculaire siégeant au niveau du segment VIII du foie, par simple vidange et drainage.

Le premier temps de l'intervention est terminé par la fermeture du diaphragme, ainsi que la laparotomie et la thoracotomie, car il s'avère impossible de traiter les lésions pulmonaires qui sont énormes (destruction du lobe moyen et de la partie antérieure du lobe inférieur). On reprend la malade par voie thoracique pure (postéro-latérale) et on pratique une bilobectomie.

Suites opératoires

Très troublées

26.12.68 : Apparition d'un ictère, cependant que l'on note une fuite bronchique importante.

30.12.68 : Devant un hémithorax droit opaque, on pratique une broncho-aspiration qui montre des bronches oedématisées avec des sécrétions muqueuses importantes.

31.12.68 : Tachycardie à 120 difficile à réduire et que les cardiologues affirment être d'origine respiratoire. Ce qui conduit à pratiquer le même jour une trachéotomie indiquée par l'encombrement très important de la malade.

2.1.69 : La malade va mieux et commence à se réalimenter. Ablation du drain de Redon intra-abdominal.

6.1.69 : La malade fait un meloena qui se répétera les jours suivants.

8.1.69 : Hématémèse de grande importance qui nécessite une intervention avec le diagnostic d'ulcère par "Stress". On se contente après gastrostomie de suturer un ulcère siégeant au niveau du bulbe et de pratiquer une vagotomie qui s'avère extrêmement difficile du fait d'une hypertrophie monstrueuse du lobe gauche du foie.

Le compte rendu histologique répond qu'effectivement le droit ne présente pas de filets nerveux. Réapparition à l'appui de ceci, d'une hémorragie de grande importance.

15.1.69 : Réintervention

On découvre deux ulcères hémorragiques sur la face antérieure de l'estomac. Gastrectomie presque totale, laissant simplement la partie toute supérieure de l'estomac.

Dès lors, à part une suppuration persistante, les suites opératoires se normalisent et la malade est renvoyée à l'Hôpital de l'A...

9.5.69 : Réhospitalisation pour suppuration pariétale persistante. En fait l'examen clinique montre qu'il existe non seulement une suppuration, mais également une énorme éventration. On décide, dans un premier temps, de traiter la suppuration cutanée, et de reprendre chirurgicalement la malade plus tard pour cure de l'éventration.

25.5.69 : Elle quitte le service avec une suppuration tarie.

Conclusion :

Cette observation est intéressante, tant pour le sujet qui nous intéresse, que pour ces ulcères dits de "Stress", qui ont nécessité deux réinterventions, dont la dernière est majeure.

OBSERVATION N° 15

HABIB Ben A.,..., 45 ans, admis dans le service le 17.10.68 de l'Hôpital C..., pour fistule bilio-bronchique d'origine hydatique probable.

Depuis 1964, toux accompagnée d'expectorations peu abondantes, après un traitement non précisé, tout semble rentrer dans l'ordre jusqu'en 1968.

En Mars 1968, le malade fait un épisode hémoptoïque qui dure deux jours à la suite duquel s'installe une toux accompagnée d'expectorations abondantes, mousseuses, bilieuses, de l'ordre de 150 ml/jour, ne comprenant ni membrane, ni vésicule hydatique.

Il est adressé en septembre 1968 à l'Hôpital C... où, rapidement il est possible de porter le diagnostic de kyste hydatique ouvert dans les bronches. En effet, sur la radio de l'abdomen sans préparation du 20.9.68 : il existe des images de calcifications qui ne laissent aucun doute quant à l'existence de kyste hydatique du foie.

Une radio après pneumo-péritoine, à la date du 21.9.68, montre que la coupole diaphragmatique droite ne se décolle pas complètement au niveau de sa partie interne.

Des tomographies du 23.9.68 confirment les dernières données du pneumo-péritoine et mettent en évidence à 18 cm du plan postérieur une traînée opâque, traduction de la communication hépato-pulmonaire.

Un examen lipiodolé montre quelques petites dilatations bronchiques de la base qui semblent déboucher dans une cavité se trouvant au niveau du segment VIII. On en conclut qu'il existe une double localisation hydatique au niveau du foie, seul le kyste hydatique de la coupole, de petite taille, est ouvert dans les bronches.

Première intervention chirurgicale le 29.10.68

On découvre, par thoracotomie, puis laparotomie, des lésions hépatiques minimales, sous forme d'une toute petite cavité du volume d'une "noix", siégeant dans le segment VIII, contenant effectivement 2 ou 3 vésicules hydatiques verdâtres, calcifiées. Les lésions bronchiques qui siègent au niveau du lobe inférieur, étant très réduites, on se contente de suturer le parenchyme pulmonaire par quelques points de nylon.

Du côté du foie, après avivement des bords, on suture par quelques points de catgut la petite cavité hépatique, dans laquelle on aperçoit une fistule biliaire importante.

Puis, après une fermeture facile et très correcte du diaphragme, on pratique une incision médiane ombilicale, pour explorer le foie. On découvre un petit kyste du segment VI qui est plus ou moins mort, et l'on pratique par ponction directe du cholédoque une cholangiographie qui montrera un cholédoque de petite taille, et un fin canalicule biliaire se rendant en haut vers le kyste hydatique du dôme ouvert dans les bronches.

Un point de soie vasculaire sur l'orifice de ponction cholédocien, fermeture sur une lame sous-hépatique, et l'on croit avoir pratiqué une intervention satisfaisante.

Cependant, contre toute attente, après simplement quelques petits accidents d'encombrement bronchique, qui ne semblent pas inquiétants, de nouveau le 30.10.68, nouvelle biliptysie extrêmement importante, en même temps que la base devient très opaque à la radiographie, si bien que l'on se retrouve pratiquement dans la même situation qu'en pré-opératoire.

Le 1.11.68, devant un encombrement bronchique persistant, on pratique une trachéotomie.

Le 4.11.68, le malade reste très encombré, malgré les aspirations nombreuses par l'orifice de trachéotomie ; le malade devient ictérique, alors qu'auparavant il n'avait jamais présenté d'ictère.

D'ailleurs, le 3.11.68, on pose le problème de la mise du malade sous respirateur, et sous l'influence de l'aspiration et de l'oxygénation l'état du malade s'améliore, et l'on renonce à la respiration artificielle.

Cependant, on décide de réintervenir, pensant trouver en place un kyste hydatique résiduel, peut-être même des débris hydatiques dans le cholédoque expliquant le syndrome ictérique et la biliptysie. A signaler que le malade a eu quelques épisodes de méloena le 3.11.68 de 200 ml environ, qui se sont répétés, nécessitant des transfusions sanguines.

Deuxième intervention le 5.11.68 :

Reprise de l'incision précédente de thoracotomie. Evacuation d'un gros abcès pariétal à la partie antérieure de l'incision. Epanchement bilieux libre dans la cavité pleurale. On voit nettement de la bile qui sort à travers le diaphragme. L'incision est agrandie en thoraco-phréno-laparotomie rejoignant l'ancienne incision médiane.

L'exploration abdominale montre :

1° - L'existence d'une hémorragie intra-péritonéale modérée avec présence de caillots sanguins sous le diaphragme et au niveau de l'angle colique droit.

2° - L'orifice de ponction cholédocienne donne librement de la bile. Il semble que le point de soie vasculaire ait été posé à côté de l'orifice de ponction.

- Cholédocotomie verticale
- Cholédoque parfaitement libre

Un conducteur passé vers le haut, rejoint aisément la cavité hydatique du dôme en empruntant le trajet du canal biliaire para-médian. Il semble que la reprise de la symptomatologie puisse être attribuée à la vidange d'un épanchement bilieux d'origine cholédocienne.

Dès lors, on se contente de suturer le poumon et le canal para-médian au niveau de la cavité hépatique par des points en U de catgut après avivement des parois de la cavité hydatique.

Mise en place d'un drain de Kehr.

Fermeture du diaphragme aux points séparés de nylon

Fermeture du thorax sur 2 drains

Mise en place d'un gros drain de caoutchouc sous diaphragmatique au contact de la cavité hydatique du dôme

Lame de caoutchouc sous hépatique

Fermeture de l'abdomen.

Dans les suites de cette deuxième intervention, disparition de toute biliptysie, mais le malade reste fatigué, légèrement fébrile et dyspnéique.

Le 10.11.68 - Brutalement à 8 h. 30, crise de dyspnée aigue. On aspire immédiatement le malade, mais le soulagement est très temporaire.

Inondation brutale des voies aériennes par du liquide bilieux qui est rejeté par la canule trachéale, par la bouche et le nez, cependant que l'abdomen est augmenté de volume et que du liquide bilieux s'écoule par la lame.

Le malade décède dans un tableau d'asphyxie aigue.

Conclusion :

Il semble qu'on aurait pu poser le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches dès 1964. Du point de vue thérapeutique, on ne peut expliquer cette évolution fatale, puisque l'on a mené une intervention complète en un seul temps. Un drainage sous diaphragmatique, lors de la première intervention aurait-il évité les complications ? Une shynctéroplastie, lors du deuxième temps, aurait-elle renversé le cours des événements ?

Une autopsie soigneuse aurait-elle donné l'explication de ce décès ? Quoiqu'il en soit, il semble qu'une fois la choleptysie installée il devient extrêmement difficile de renverser le flux de la bile, même au prix d'une intervention idéale.

OBSERVATION N° 16

SALAH Ben A... T..., 54 ans, admis dans le service le 8.8.1969, venant de l'Hôpital C..., pour kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches.

Le début des troubles remonte au mois de Mai 1969. Le malade signale une augmentation de volume de l'hypochondre droit, avec sensation de douleur, surtout post-prandiale à ce niveau.

- Une dyspnée avec légère toux
- Parfois, douleurs à l'hypochondre droit irradiant vers l'épaule droite
- Pas d'ictère.

1.6.69 : Il est hospitalisé à l'Hôpital C..., avec le diagnostic de tumeur de la base droite. Cependant des radios du 12.7.69, après pneumopéritoine en plus de fines calcifications sous diaphragmatiques, montrent que la masse se situe au-dessous du diaphragme auquel elle lui adhère.

16.7.69 : Expectorations amères, faites de vésicules, puis de débris de membranes.

18.7.69 : Expectorations striées de sang.

A l'examen, on note une hépatomégalie. Le foie déborde de 3 T.D., le rebord costal, et surtout s'étend à la région épigastrique.

Dès lors, on pose le diagnostic de kyste hydatique ouvert dans les bronches et l'on décide d'intervenir dans un même temps : Par voie thoracique et abdominale.

17.10.69 : Intervention

1° temps abdominal : Par médiane sus ombilicale.

Découverte du kyste hydatique du dôme, de la grosseur d'un poing, le décollement du kyste du diaphragme permet de communiquer directement dans le thorax.

Une cholangiographie par la vésicule biliaire, bien que n'injectant pas par les voies hautes, permet de noter la vacuité du cholédoque, et un bon passage à travers l'ODDI :

Fermeture de l'incision abdominale sur une lame sous hépatique.

2° temps thoracique : Par le VI° espace inter-costal droit.

La plèvre est libre, sauf au niveau de la base, où le lobe inférieur adhère très intimement au diaphragme. Libération du lobe inférieur : On découvre alors une perte de substance en sectionnant le diaphragme, ce qui permet l'accès direct sur la cavité kystique du foie. Celle-ci est entièrement calcifiée, ne contient plus de membranes, mais seulement un peu de substance gélatineuse verdâtre. On essaie de pratiquer une périkystectomie qui s'avère impossible au regard de la veine cave inférieure.

Avivement des bords de la brèche diaphragmatique. Fermeture du diaphragme aux points séparés de nylon.

On se contente de placer un drain qui ressort en sous diaphragmatique.

Au niveau du lobe pulmonaire inférieur, il existe une cavité assez volumineuse, centrale, s'ouvrant directement à travers le diaphragme. On décide alors une exérèse de la pyramide basale et on l'entreprend. Cependant, il s'avère que le Nelson est aussi le siège de lésions importantes et on décide de compléter par une lobectomie inférieure.

Fermeture de la paroi sur deux drains pleuraux.

Les suites opératoires immédiates sont satisfaisantes, le drain sous diaphragmatique donne 150 ml de bile le premier jour, 30 ml le 2e, puis presque plus rien jusqu'au 12° jour, date à laquelle on l'enlève.

Les drains thoraciques sont enlevés les 3° et 4° jours post-opératoires.

25.10.69 : 8e jour post-opératoire, le cliché thoracique montre un pneumothorax droit qui impose un drainage au niveau du III° espace intercostal droit.

31.10.69 : Ablation de ce dernier drain. Amélioration de l'état clinique du malade.

8.11.69 : Le malade quitte l'Hôpital; malgré la persistance d'une petite image de pneumothorax droit, et un comblement du cul de sac costo-diaphragmatique droit.

26.11.69 : Le malade est revu à la consultation en bonne santé.

Conclusion :

K.H. du foie ouvert dans les bronches, traité complètement par voie abdominale et thoracique en un seul temps.

Les résultats ont été satisfaisants, sauf un pneumothorax dû peut-être au fait que le drain sous diaphragmatique a persisté longtemps, alors que les drains thoraciques ont été enlevés.

OBSERVATION N° 17

FATMA Bent H..., 13 ans, admise le 8.12.69 en pédiatrie, envoyée par l'Hôpital de M... avec le diagnostic de kyste du foie et du poumon.

Le début de la maladie remonte au mois d'octobre 1969. La malade fut prise d'un point de côté irradiant à l'épaule droite, puis de frissons, de fièvre, en même temps que s'installait une toux sans expectoration.

L'enfant est amenée au dispensaire où on lui prescrit à deux reprises 4 millions d'unités de Pénicilline. Mais l'état de santé de la malade ne s'améliore pas. Si la toux a cessé, des vomissements biliaires intermittents s'installent. Anorexie.

Les parents amènent alors l'enfant consulter à l'Hôpital de M...

Après des radios thoraciques, elle est admise à l'Hôpital de M... où elle séjournera 36 jours au bout desquels elle est envoyée à l'Hôpital d'Enfants de T...

Pendant le séjour à l'Hôpital M..., la toux a non seulement repris mais s'est accentuée, accompagnée d'expectorations muco-purulentes, mais sans jamais cracher de débris de membrane.

Comme antécédent notable, à signaler un ictère à l'âge de 8 ans, sur lequel nous n'avons aucune précision.

9.12.69 : A son admission en pédiatrie, l'examen montre :

- Température à 38°
- Une matité très nette de l'hémithorax droit.

L'auscultation est normale à gauche, mais à droite les M.V. ne sont retrouvés qu'au sommet. La base est le siège de râles crépitants.

La radio thoracique montre une opacité homogène dense de la base droite, le sinus costo-diaphragmatique droit est comblé. La limite de cette opacité droite va jusqu'au 5e espace intercostal. La limite inférieure n'est pas précise.

Fait important, il existe une déviation médiastinale vers la gauche, et cette opacité se confond avec celle du foie.

- Pas de calcifications sous diaphragmatiques

- L'abdomen est souple, mais dès l'inspection, on note une masse épigastrique, confirmée par la palpation. Elle semble adhérer au foie.

Au vue des images radiologiques, et de la clinique, on pose le diagnostic de kystes hydatiques du poumon et du foie et l'on adresse la malade sur le bateau "HOPE", pour intervention rapide car elle présente le 12.12.69 des épistaxis et une dyspnée.

A bord du "HOPE", la malade reste fébrile et tousse. Cette toux est très éprouvante pour la malade d'autant plus qu'elle reste souvent improductive. Cependant cette toux ramène de temps en temps des crachats muco-purulents.

La malade est présentée par le Dr. H. au Dr. ESSAFI. Ce dernier pense qu'il s'agit d'un énorme kyste du foie droit, soulevant la coupole diaphragmatique droite, déviant le médiastin, comprimant le poumon droit de bas en haut et d'arrière en avant. La toux et l'expectoration muco-purulente, ainsi que la fièvre doivent être probablement attribuées à l'atelectasie et à la compression du poumon droit. Pour mieux préciser tout cela un bronchogramme serait souhaitable.

Le Dr. ESSAFI préconise une intervention par voie abdominale pour évacuer le contenu du kyste hépatique, et dans le cas où celui-ci serait rompu dans le thorax, faire une thoracotomie dans un même temps.

On prépare la malade par un traitement antibiotique après antibiogramme effectué sur les germes prélevés dans les expectorations et par un drainage de posture.

Des radios du thorax, le 15.12.69, confirmées par des tomographies le 16.12.69, montrent une hépatomégalie énorme avec surélévation de la coupole droite jusqu'à l'arc postérieur de la 6e côte et une atelectasie du lobe inférieur droit.

29.12.69 : Lors des séances de drainage de posture, vomique de 340 ml : sécrétions jaunes verdâtres, de goût amer, purulentes. Ces crachats vont durer toute la journée et elle aura ainsi évacué 500 ml. Le Dr. ESSAFI consulté, pose le diagnostic de kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches, et décide une intervention rapide.

30.12.69 : Intervention

Thoracotomie postéro-latérale droite montrant un lobe inférieur atelectasié et adhérent à la coupole diaphragmatique surélevée. Le lobe inférieur droit est libéré, ce qui permet, par une fistule diaphragmatique à une importante quantité de pus blanchâtre de s'évacuer du kyste hépatique. Une fistule au niveau de la bronche lobaire inférieure droite est aveuglée par des points séparés de catgut chromé, ainsi que toutes les petites fuites bronchiques. On décide dans le but de raccourcir la durée de l'intervention, de surseoir à une lobectomie inférieure. Par la brèche diaphragmatique importante, on évacue le contenu purulent du kyste qui siégeait au niveau du dôme (segment VIII) et avait le volume d'une tête de fœtus. La palpation révèle l'existence d'un kyste plus petit au niveau du segment VI. Après formolisation, on en réalise la résection du dôme saillant. Fermeture du diaphragme et du thorax sur deux drains thoraciques après section d'adhérences pleurales qui libèrent les lobes supérieurs et moyens dont l'expansion est parfaitement satisfaisante.

2° temps : Incision médiane sus-ombilicale qui permet de réaliser la résection du dôme saillant du 1° kyste, dont les parois sont souples. L'exploration découvre un 3° kyste au niveau du segment IV à côté de la vésicule. Résection du dôme saillant. On pratique alors une cholangiographie par ponction de la vésicule biliaire. Le contrôle montre des voies biliaires fines et libres.

Fermeture sur deux drains : l'un sous diaphragmatique, l'autre sous hépatique.

Les suites opératoires ont été excellentes, à part quelques crachats hémoptoïques.

OBSERVATION N° 18

MOHAMED K..., 35 ans, admis à la clinique B... avec le diagnostic de kyste hydatique du poumon droit.

Le début des troubles remonte au mois de janvier 1968, où un soir le malade fut pris de frissons, puis de fièvre, de nausées et de vomissements verdâtres qui soulagent le malade. Cet épisode reste isolé.

Mai 1968 :

Le malade est pris de douleurs sous-costales, postérieures droites, irradiant à l'épaule et à tout le membre supérieur droit. (Douleurs qui ne cessent qu'après l'intervention). Ce sont ces douleurs qui amènent le malade à consulter le Dr. K... Ce dernier diagnostique une pleurésie qui est traitée par lincocine pendant un mois sans amélioration.

Le malade consulte le Dr. N... qui, au vue d'une radio thoracique diagnostique une pleurésie droite. A ce moment, le malade signale des crachats verdâtres. Le Dr. N... prescrit Rifocine, Cortiphénicol, et lui fait une ponction pleurale qui ramène environ 10 ml de liquide jaune citrin. Le médecin ne pouvant en retirer plus, propose un drainage thoracique que le malade refuse.

Il revient voir le Dr. K... qui lui prescrit à nouveau des antibiotiques.

Août 1968 :

La toux et les crachats verdâtres sont espacés, mais le malade signale à deux ou 3 reprises, des expectorations ramenant des "peaux de raisin", probablement faites d'hydatides flétries. (A signaler que ce détail n'a été précisé qu'après l'intervention).

Septembre 1968

Il est adressé au Dr. G. qui l'hospitalise pendant neuf jours et diagnostique un kyste hydatique de la base du poumon droit.

19.10.68 :

Les radios du thorax montrent une opacité arrondie externe, de la base droite. On suit parfaitement les contours supérieurs de cette image, mais ses limites inférieures se perdent dans l'étage sous-diaphragmatique. Image de flou ouatée à la base, à sa partie interne.

La radio de profil montre une héli-coupole droite ascensionnée à sa partie postérieure, et l'opacité semble de siège sous-diaphragmatique.

Cependant les tomographies à la même date semblent confirmer le siège sus-diaphragmatique de ce kyste.

24.10.68 : Pour plus de précision, on fait une radio de face centrée sur les coupôles après pneumopéritoine. Les deux coupôles diaphragmatiques semblent décollées. Par la suite, une analyse plus précise du cliché montre que dans la région du cul de sac costo-diaphragmatique droit la tonalité est tout à fait différente. Une radio de profil aurait certainement montré que la coupole diaphragmatique droite ne se décollait pas à sa partie postérieure.

Quoi qu'il en soit, on intervient le 2.10.68 avec le diagnostic de kyste hydatique de la base pulmonaire droite.

Intervention

Incision inter-costale dans le 6e espace. Très vite, on se rend compte qu'il s'agit en réalité d'un kyste hydatique du foie, de la taille d'un gros poing ouvert dans le poumon. Libération pulmonaire très hémorragique, mettant en évidence une cavité pulmonaire dans laquelle souffle de grosses bronches siégeant dans le lobe inférieur.

L'incision pratiquée se prêtant mal à la cure, on l'agrandit en thoracophréno-laparotomie par section des cartilages costaux.

La lésion est bien mise en évidence. Kyste multivésiculaire hépatique avec vésicules flétries baignant dans la bile. Le kyste est à cheval sur le segment 7 et 8 avec un périkyste très inflammatoire. On renonce très rapidement à la périkysectomie qui paraît périlleuse d'autant que l'on manque de sang, pour se contenter d'une résection du dôme saillant.

Les fuites biliaires paraissent minimales. La perte de substance diaphragmatique (orifice de 6 à 7 cm de diamètre) est réparée aisément aux points séparés de nylon. Suture du parenchyme pulmonaire aux points séparés de nylon (lésions relativement peu importantes). En raison de la durée de l'intervention, on renonce au temps abdominal de contrôle des voies biliaires (vésicule plate, pas d'autres kystes perçus à la palpation).

- Drain intercostal
- Redon dans la cavité sous diaphragmatique
- Fermeture au catgut - nylon

Les suites opératoires sont remarquablement bonnes et le malade sort le 20.10.68 avec dit-il disparition de ses douleurs de la base thoracique droite, qui ne l'avaient plus quitté depuis le mois de mai.

INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ces indications nous paraissent découler aisément de l'étude anatomo-physio-pathologique du kyste hydatique du foie ouvert dans les bronches.

A - PRINCIPES DU TRAITEMENT

Il devra obtenir selon l'expression de Bourgeon la déconnection hépatopulmonaire. Il consistera en :

1° - Traitement du kyste hydatique originel :

Lorsqu'il s'agit de kystes hydatiques du dôme hépatique, leur traitement complet ne peut-être mené à bien, dans des conditions parfaites de sécurité que par voie thoracique.

Le kyste est le plus souvent de petite taille et vieilli. Il se prête remarquablement à la kystectomie totale que l'on pourra terminer par une véritable suture hépatique qui efface complètement la cavité. Mais la kystectomie n'est toujours pas sans dangers, et dans une de nos observations, l'opérateur a éprouvé de grosses difficultés à contrôler une plaie de la veine para-médiane.

De plus la kystectomie n'est pas toujours possible. En effet si la calotte est souvent cohérente, calcifiée, décollée, le fond du péricyste est parfois nécrosé, transformé en une espèce de bouillie jaunâtre qui se prête plus au curettage qu'à la kystectomie.

2° - Assurer la liberté totale des voies biliaires intra et extra hépatiques

Ceci ne peut-être obtenu que par la laparotomie, l'exploration clinique devant toujours être complétée par une cholangiographie de contrôle. Il peut comporter, outre l'évacuation du pus et de débris hydatiques contenus dans le cholédoque, le traitement d'autres kystes hydatiques éventuels que celui du dôme, qui pourraient comprimer d'une manière extrinsèque les voies biliaires et s'opposeraient ainsi à leur liberté.

Ces deux temps opératoires :

- Traitement du kyste hydatique

- Désobstruction des voies biliaires assurant avec un drainage sous diaphragmatique, la déconnection hépato-bronchique, temps indispensable et souvent suffisant pour entraîner la guérison.

3° - Traitement de la lésion pulmonaire :

Certes le traitement idéal consisterait en une exérèse pulmonaire réglée s'il existe de grosses lésions particulièrement au niveau du lobe moyen mais si l'état du malade inquiète, le traitement de la lésion pulmonaire nous paraît accessoire. Car, une fois acquise "la déconnection hépato-bronchique", il sera toujours possible dans un temps ultérieur de réintervenir pour exérèse pulmonaire, si les examens post-opératoires et particulièrement la bronchographie lipiodolée, montrent une destruction bronchique étendue. Donc, en pareil cas, c'est-à-dire si le malade est en mauvais état général, il suffit de suturer le parenchyme pulmonaire pour aveugler d'éventuelles fuites bronchiques ou pour effacer les cavités. Bien qu'opératoirement cette suture paraisse peu satisfaisante, soit 66,6 % des cas, nous nous sommes contentés de la suture pulmonaire. Dans 2 cas soit 11 % on a recouru à une bilobectomie **inférieure, dans deux autres cas à une bilobectomie moyenne et enfin dans deux autres cas à une bilobectomie moyenne et inférieure.** Autrement dit, pour nous, comme pour Bourgeon, l'ouverture du kyste hydatique du foie dans les bronches est avant tout une maladie du parenchyme hépatique et des voies biliaires. Ce qui fait sa gravité immédiate, ce qui tue parfois le malade, c'est l'existence de la communication hépato-pulmonaire qui ne peut-être supprimée que par une action complète sur le kyste originel et les voies biliaires. Quel que soit le degré de la destruction parenchymateuse pulmonaire, il n'engage jamais pratiquement le pronostic immédiat. Qui plus est, une lobectomie intempestive avec suture d'une bronche irritée par une cholérrapie continue peut se compliquer d'une fistule bronchique catastrophique qui a entraîné tardivement la mort dans un de nos cas (Obs. N°4) comme dans une observation de Bourgeon.

4° - Réparation du diaphragme

Sauf exception, cette réparation après excision du tissu douteux est facile. Peut-être en raison de l'infection quasi-constante, il serait préférable d'effectuer cette réparation au fil d'acier (Observation. n° 17).

Tout ce qui précède explique aisément la conduite idéale de l'intervention, conduite que les conditions pathologiques ne nous ont pas toujours permis de respecter.

B - CONDUITE IDEALE DE L'INTERVENTION

1° - Temps pré-opératoire :

Chaque fois qu'il est possible, il est préférable de mettre le malade en condition pour une intervention qui risque d'être longue et choquante. Cette préparation consistera à faire des transfusions répétées pour les sujets cachectomiques ou simplement anémiés, avec un hématokrite bas. Ceux chez qui la fistule donne de grandes quantités de bile, des ionogrammes répétés régulièrement permettront de corriger les désordres électrolytiques.

Enfin un drainage de posture et un traitement antibiotique fondé sur le résultat de l'antibiogramme pratiqué sur les crachats, amèneront à l'intervention un patient en meilleur état physique.

De toute façon ce temps pré-opératoire ne devra en aucun cas être trop prolongé.

2° - L'intervention :

Dans tous les cas où il existe une cholerragie bronchique importante ou une expectoration muco-purulente, inquiétante, il est indispensable de se mettre à l'abri de l'inondation bronchique. Nous utilisons le bloqueur de Thompson qui peut être parfaitement mis en place, directement après anesthésie locale laryngo-trachéale. On pourrait éventuellement le diriger par bronchoscope immédiatement avant l'induction anesthésique. Tout le lobe supérieur pourra être ainsi exclu et permettre sans danger tous les temps de manipulation pulmonaire. La tactique opératoire nous paraît devoir dépendre de l'état de résistance du malade.

a - Malade jeune, résistant, lésions récentes :

L'intervention est menée par voie mixte : thoracique, puis abdominale.

Dans le service du Professeur ESSAFI, on a renoncé à la voie thoraco-abdominale, en raison de ses inconvénients propres, en particulier cartilagineux et la difficulté d'une bonne cholangiographie per-opératoire, surtout lorsqu'on dispose d'une table radio chirurgicale permettant en décubitus dorsal une prise très rapide des clichés.

α - par voie thoracique
exposition des lésions :

1° - = pulmonaires : si ces lésions sont importantes : exérèse qui nous paraît devoir être d'autant plus indiquée que les lésions, sont plus localisées (au lobe moyen en particulier).

Si ces lésions sont mineures : suture parenchymateuse.

2° - = Diaphragmatiques : excision du tissu pathologique, jusqu'au tissu sain et fermeture du diaphragme qui n'a jamais posé de problème particulier.

3° - = Hépatiques : kystectomie totale sur le kyste originel ou curettage de la cavité, si le kyste est nécrosé. Traitement des autres kystes éventuels du foie abordables par cette voie.

β - par voie abdominale : malade remis sur le dos.

- Exploration des lésions
- Cholangiographie par ponction directe du cholédoque.
- Vidange du cholédoque
- Sphinctérotomie éventuelle

Drainage du cholédoque si le contrôle radiologique a amené à ouvrir ce canal. Drainage de la région sous hépatique.

Drainage de la région sous diaphragmatique++, très important, éventuellement aspiration.

b - Etat du sujet : moyen avec intervention longue et hémorragique

α - Temps thoracique :

1° - sur le poulmon : pas d'exérèse pulmonaire, quel que soit l'état du poulmon. Suture des fistules bronchiques.

Remettre le traitement définitif éventuel à plus tard après broncho-lipiodol qui indiquera ou non la réintervention.

- | | |
|--------------------------------------|----------------------|
| 2° - <u>Lésions diaphragmatiques</u> |) |
| 3° - <u>Lésions hépatiques</u> | (idem cas précédent |
| |) |

β - Temps abdominal :

Même que le cas précédent.

c - Malades cachectiques avec cholerragie abondante, durant depuis plusieurs semaines.

Temps abdominal pur :

- Assurer la liberté des voies biliaires
- Traiter le kyste par kystectomie si possible et suture hépatique.

Sinon résection du dôme saillant et drainage de la cavité kystique hépatique.

NITZ a obtenu un plein succès par simple drainage de la cavité hépatique. Aucune action n'est possible par cette voie sur le poumon et le diaphragme. Mais la déconnection bilio-bronchique est obtenue presque à coup sûr par un acte chirurgical simple. Les constatations opératoires, les tomographies, le lipiodol-post-opératoire dicteront la conduite ultérieure vis-à-vis du parenchyme pulmonaire.

V - L'ETUDE DE NOS RESULTATS

Toutes les statistiques sont unanimes à souligner la gravité du pronostic des fistules bilio-bronchiques d'origine hydatique. Le taux de mortalité est très lourd. Ainsi chez les différents auteurs, nous pouvons faire le relevé suivant :

DEVE : (1935) sur 122 cas :	48 morts : 39,2 %
COUNIOT : (1935) sur 38 cas :	9 morts : 23,7 %
TOOLE : (1935) sur 11 cas :	3 morts : 26,3 %
KOURIAS : (1957) sur 19 cas :	4 morts : 26,3 %
DEMIRLEAU : (1960) sur 16 cas :	7 morts : 43,7 %
	(dont deux ouverts dans la plèvre)
GUEDJ : (1968) sur 15 cas :	2 morts : 13,3 %

Pour notre part,

- Sur 18 cas : 3 morts : 16,6 % (dont un ouvert dans la plèvre)
- Un autre qui est beaucoup plus dû aux dégâts hydatiques intra-péritonéaux qu'à la fistule bilio-bronchique (Obs. 6). En effet le décès a résulté d'une fistule colo-bronchique et colo-pariétale.

Le dernier décès (Obs 15) résulte, lui, certes d'une fistule bilio-bronchique pour laquelle théoriquement, un traitement complet a été tenté.

1° - Neuf cas ont bénéficié d'une vérification thoracique et abdominale :
c'est-à-dire d'un traitement complet en un temps tel que nous le préconisons = traitement mené soit par incision thoracique et abdominale (6 cas), soit, à la faveur d'une thoraco-phréno-laparotomie (4 cas).

Sur ces neuf cas nous comptons :

a) - Deux décès :

Obs. N°6 : Les suites de la première intervention qui a découvert une véritable hydatidose périténeale, ont été bonnes au début, puis la situation s'est dégradée par l'installation d'une fistule colo-bronchique et colo-pariétale qui dictent la réintervention.

Décès brusque dû beaucoup plus aux lésions hépatiques qu'à la communication hépato-bronchique.

Obs. N°15 : Décès dû à la persistance de la fistule bilio-bronchique malgré un traitement théoriquement idéal.

b) - Des suites difficiles pour deux cas :

Obs. N°14 : Suites opératoires extrêmement troublées, dues à deux reprises, à un saignement à la suite d'ulcères de "Stress", ayant nécessité lors d'une première réintervention une suture de l'ulcère et une vagotomie qui s'est révélée incomplète.

Lors de la 2^e réintervention : gastrectomie sub-totale.

Obs. N°16 : Les suites ont été troublées par l'apparition d'un pneumothorax le 8^e jour post-opératoire, pneumothorax qui impose un drainage au niveau du 3^e espace inter-costal droit.

De toute manière dans ces deux observations, les suites difficiles ne sont pas imputables à la persistance de la fistule bilio-bronchique.

c) - Des suites bonnes et mêmes excellentes pour les cinq autres cas
(Obs. N°2 - 7 - 9 - 17 - 18)

2° - Un cas a bénéficié d'une vérification abdominale et thoracique en un temps par thoraco-phréno-laparotomie : (Obs. N°13)

Lors de cette intervention on découvre deux autres kystes dans le foie, que l'on ne peut traiter en même temps.

Réintervention systématique dont les suites sont troublées par une supuration profuse au niveau de la cicatrice de thoraco-phréno-laparotomie (d'ailleurs ce sont ces ennuis qui ont fait que nous évitons dans la mesure du possible l'incision de thoraco-phréno-laparotomie).

3°) - Deux cas ont bénéficié d'une intervention abdominale pure qui a suffi à guérir la fistule bilio-bronchique :

Obs. N° 5 : Intervention qui découvre d'énormes lésions pulmonaires et diaphragmatiques que l'on ne peut réparer. Les suites sont troublées par une suppuration pariétale, mais les expectorations bilieuses et purulentes ont disparu .

Obs. N° 8 : L'intervention n'a porté que sur le kyste hydatique du foie. Rien n'a été entrepris sur le diaphragme et sur le poumon. Malgré cela cette simple intervention par voie abdominale a suffi pour amener la guérison définitive. Cependant la malade a présenté dans les suites opératoires, des crachats biliaires intermittents durant quinze jours.

3°) - Trois cas ont subi une intervention exclusivement thoracique sans vérification abdominale :

a)- Nous comptons dans ce lot deux bons résultats :

Obs. N° 3 :

Le malade a eu des suites opératoires immédiates, excellentes, cependant 68 jours après, survient une vomique bilieuse et tout s'arrange à la suite de cette vomique de nécessité . Vraisemblablement en rapport avec un épanchement bilieux sous diaphragmatique méconnu.

Obs. N° 10 :

Où l'on s'est contenté de déconnecter la fistule, d'effectuer une périkystectomie au niveau du foie, et de suturer le diaphragme et les fistules bronchiques. Les suites ont été simples,

b) - Le troisième cas s'est terminé par un décès.

Obs. N°4:

A la suite de la première intervention : une bilobectomie , les suites se sont compliquées par une fistule bronchique due à la persistance dans la cavité thoracique du flux biliaire corrosif. On réintervient pour pratiquer une pneumonectomie et le malade décède à la suite de cette deuxième intervention.

En l'absence de vérification par voie abdominale, on pourra toujours se demander s'il n'existait pas d'autres kystes intrahépatiques comprimant les voies biliaires ou si le cholédoque n'était pas obstrué par du pus ou des membranes.

4°) - Un cas a bénéficié d'une vérification abdominale systématique après intervention thoracique (Obs. N° 11).

Bien que les suites de l'intervention par thoracotomie aient été bonnes, on est réintervenue systématiquement par voie abdominale pour découvrir deux kystes hydatiques du foie.

5°) - Enfin deux cas ont subi une intervention thoracique lors d'un premier temps, puis une réintervention par voie abdominale, dictée par la persistance de la fistule bilio-bronchique, dans un second temps.

Obs. N° 1 :

1ère intervention où l'on pratique une lobectomie inférieure, l'évacuation du contenu kystique hépatique et la fermeture du diaphragme.

Les suites immédiates, paraissent favorables mais le drain thoracique ramène une quantité importante de bile, oscillant entre 300 ml et 900 ml au 11è jour post-opératoire, à la suite de l'ablation du drain, la situation se détériore (crachats bilieux épanchement bilio-hémorragique fistulisé à travers l'orifice du drain et la cicatrice de thoracotomie).

On décide de réintervenir par voie abdominale 25 jours après la 1ère intervention.

La réintervention découvre un kyste hydatique du foie, central, comprimant les voies biliaires;

Vidange du kyste et l'on termine par une sphinctéroplastie.

Dès lors les suites sont étonnamment simples et dès le 2è jour post-opératoire, le malade ne présente plus ni crachats, ni fistule.

Obs. N° 12 :

Lors de la première intervention, l'exploration du foie par l'orifice de phrénotomie, ne permet de détecter aucune anomalie. Cependant les suites opératoires sont troublées par la persistance des crachats bilieux et par l'apparition d'un subictère.

On réintervient 14 jours après la première intervention, par voie abdominale et l'on découvre que le cholédoque est complètement obstrué par des débris hydatiques. La cholangiographie par le drain de Kehr montre l'existence d'une cavité hydatique centrale déshabitées, largement ouverte dans le canal hépatique droit et qui communique avec la cavité du kyste hydatique ouvert dans les bronches.

- Sphinctérotomie systématique.

Les suites de cette intervention sont marquées par la disparition de la fistule bilio-bronchique et par la guérison malgré un pyothorax à germes banaux.

CONCLUSION

C'est l'étude soigneuse de ces résultats où l'on est frappé à une exception près (obs. N°15) par les suites simples des malades qui ont bénéficié d'une vérification abdominale en un temps, et ceux chez qui la fistule bilio-bronchique ne s'est tarie qu'après lever de l'obstacle biliaire par une réintervention abdominale dans un second temps, qui nous a amené à dicter ce traitement. En particulier à vérifier systématiquement par voie abdominale, le foie et les voies biliaires radiologiquement.

Insistons sur le fait que le tarissement de la fistule bilio-bronchique ne peut être obtenu que par la déconnection hépato-bronchique : Cette dernière ne peut être réalisée que si l'on a vérifié la liberté des voies biliaires. Liberté qui ne peut être assurée qu'à la faveur d'une laparotomie, malade en décubitus dorsal pour permettre une cholangiographie de bonne qualité par ponction directe du cholédoque. Mais à l'inverse le traitement des lésions pulmonaires et hépatiques ne peut être mené à bien dans les meilleures conditions que par thoracotomie.

D'où nos indications opératoires résumées dans le tableau ci-après.

D'autre par malgré l'amélioration indiscutable des résultats, nous n'avons pas manqué d'être frappés par le fait que la fistule bilio-bronchique directe avec cholerragie importante réalise un aspect anatomoclinique d'une extrême gravité puisque nos trois décès concernent de tels cas.

Ainsi nous sommes-nous attachés à insister sur les éléments du diagnostic précoce qui, pour nous, pourrait se résumer en deux termes :

1 - Diagnostiquer la lésion avant que ne s'installe la fistule bilio-bronchique directe et intervenir avant cette dernière en semi-urgence.

2 - Réaliser le traitement préventif de la lésion par action rapide sur les kystes hydatiques du dôme hépatique.

ooo0ooo

RESUME DES INDICATIONS THERAPEUTIQUES

1) Déconnection hépato-bronchique : Vérification de la liberté des voies biliaires ***

2) Cure des lésions hépatiques par kystectomie

3) Cure des lésions pulmonaires à la demande

A	B	C
<u>Malade jeune en bon état général</u>	<u>Malade infecté, état général moyen</u>	<u>Malade en état médiocre</u>
<u>Traiter les lésions en un temps</u>	<u>Intervention longue contre-indiquée</u>	<u>Se contenter de la déconnection hépato-bronchique par</u>
<u>I - THORACOTOMIE</u>	<u>I - THORACOTOMIE</u>	<u>LAPAROTOMIE</u>
<u>1 - Traiter la lésion hépatique kystectomie en principe</u>	<u>1 - Traiter la lésion hépatique kystectomie</u>	
<u>2 - Traiter la lésion pulmonaire à la demande, au besoin par exérèse</u>	<u>2 - Pas d'exérèse pulmonaire simple suture des fuites bronchiques</u>	
<u>II - LAPAROTOMIE</u>	<u>II - LAPAROTOMIE</u>	
<u>1 - Cholangiographie</u>		
<u>2 - Traitement des autres kystes éventuels du foie</u>		
<u>3 - Assurer la liberté des voies biliaires</u>	<u>Idem (A.)</u>	<u>Idem (A.) et (B.)</u>

Dans les deux cas (B.) et (C.) prévoir éventuellement une réintervention sur le poulon ou le poumon et le DIAPHRAGME.

Cholécystotomie ? - Sphinctérotomie ?

Vu, le Président de Thèse

J. B. BINET

Vu, le Doyen de la Faculté

G. BROUET

Vu, et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

G. MALLET

BIBLIOGRAPHIE

BLANCHON P.

Les fistules bilio-bronchiques. Poumon et coeur, 17 : 771-781, 1961.
(Bibliogr.)

BOURGEOIN R. et PIETRI M.

Les fistulisations internes et externes dans l'amibiase hépatique
suppurée.
Lyon Chir., 47 : 729-739, 1952 (Bibliogr.)

BOURGEOIN R., GUNTZ M., CATALANO H. et VIDEAU J.

Les communications bronchiques pulmonaires et pariétales des kystes
hydatiques du foie ouverts dans les voies biliaires.
Afrique Franç. Chir., 16 : 371-381, 1958.

DEMIRLEAU J.

Traitement des kystes hydatiques du foie ouverts dans les bronches ou
la plèvre.
Mém. Acad. Chir. 82 : 470-473, 1956.

DEVE F.

L'ouverture des kystes hydatiques du foie dans le poumon et les bronches.
Ve Congrès annuel de la Fédération des Sciences Médicales d'Algérie,
de Tunisie et du Maroc. Oran, 10-13, 4, 35.

DOR J. et REBOUD E.

Fistules bilio-bronchiques complètes.
Poumon, 8 : 847-858, 1952.

GOINARD P. et PELISSIER G.

A propos des fistules bilio-bronchiques d'origine hydatique.
Mém. Acad. Chir., 91 : 383-386, 1965.

GUEDJ P.

Les pneumopathies hydatiques.
66e Congrès Soc. Ital. Chir., Rome 1964.
Arch. Soc. Ital. Chir. 2 : 426-432, 1964.

GUEDJ P., MORVANT F., SOLASSOL A., GUIDOUMY

Les fistules bilio-bronchiques, complication sévère des kystes hydatiques du foie.
Lyon Chir. 63 : 160-181 - 1968.

JUVARA J., MANESCO G. et VASI-LESCO D.

Les fistules bilio-bronchique d'origine hydatique.
Lyon Chir. 54 : 405-417 : 1958.

KOURIAS B.

Modalités nouvelles du traitement chirurgical des kystes hydatiques du foie rompus dans les bronches.
Mém. Acad. Chir., 79 : 810-812, 1953.

KOURIAS B.

Kystes hydatiques du foie ouverts dans le poumon et les bronches.
Etat actuel du traitement chirurgical.
J. Chirur., 74 : 138-157, 1957? (Bibliogr.)

LARAKI A.

Fistules bilio-bronchiques et bilio-pleurales, complications de l'hydatidose hépatique.
Maroc Méd., 43, 585-587 : 1964.

REBOUD E.

Les fistules bilio-bronchiques.
Sem. Hôp., 8 : 431-440, 1954 (Bibliogr.).

ROLLO G.

La fistule bilio-bronchique.
Arch. Chir. Thor., 13 : 423, 1956.

WITZ J. P., MAIER A., RUEBSAMEN G. et WEISS A. G.

Fistule bilio-bronchique par perforation d'un kyste hydatique du lobe gauche du foie. Hépatectomie partielle. Guérison. Poumon et coeur, 13 : 385-387, 1957.

